

GE_GERICHTE A/870/2014 vom 27. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_870_2014

FR: GE_GERICHTE A/870/2014 du 27 août 2014

IT: GE_GERICHTE A/870/2014 del 27 agosto 2014

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Meyrin recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Le 21 septembre 2011, Monsieur A_____, ressortissant de Serbie et Monténégro, né le _____ 1979, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) une demande de rente invoquant des maux de dos persistants depuis le mois de mars 2010 malgré les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques. 2. Dans son rapport du 27 novembre 2011, la doctoresse B_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué les atteintes suivantes : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, sur discopathies D9-D10, L5-S1, sur protrusion discale L5-S1 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann ; périarthrite de la hanche droite ; scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et sur conflit sous-acromial ; hypertension artérielle (HTA), épigastralgies sur gastrite aiguë et état anxieux important. Son patient était totalement incapable de travailler depuis le 11 mars 2010. Concernant les limitations fonctionnelles, la Dresse B_____ a indiqué que l'assuré devait éviter le port de charges lourdes et les travaux lourds. En annexe à ce rapport figuraient les documents suivants : - Le compte-rendu de la radiographie de la colonne lombaire de face et profil localisée du 27 avril 2011, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une discrète scoliose à convexité droite, avec une lordose physiologique conservée ainsi que d'une dégénérescence discale focalisée; aucune discopathie significative n'avait été constatée; - Le rapport de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 15 juin 2010, mettant en évidence une discopathie modérée L5-S1 avec une ébauche de protrusion discale de localisation médiane et paramédiane gauche, sans conflit radiculaire, ainsi qu'une discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures; - Le compte-rendu de la radiographique du thorax de face-profil du 22 novembre 2010, constatant une discrète cunéisation d'une vertèbre dorsale à l'étage inférieur avec discopathie D9-D10; - Le rapport de gastroscopie du 15 juin 2011, concluant à une hernie hiatale, avec deux ulcérations dans l'œsophage malgré un traitement aux IPP à forte dose, une hypermotilité gastrique prédominant dans l'antre et une discrète gastrite de l'antre; - Le rapport de la radiographie de l'épaule gauche de face et en axiale du 13 octobre 2011, mettant en évidence une incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion provoquant une réduction de la distance acromio-humérale; - Le compte-rendu de l'échographie de l'épaule droite du 13 octobre 2011, évoquant une tendinose sans hyperhémie focalisée ni image de rupture avec lame de liquide sous sa face inférieure. 3. Par avis du 3 janvier 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est prononcé sur les pièces transmises

par la Dresse B_____ et a considéré que l'atteinte cervico-dorso-lombaire était minime sur le plan radiologique. Si la légère bascule du bassin avec discrète scoliose pouvait justifier l'apparition d'une périarthrite de la hanche en cas de travail de force, la prescription de physiothérapie, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), d'une talonnette compensatrice de moitié, voire d'une infiltration de stéroïdes, devait permettre une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. Le SMR souhaitait toutefois compléter l'instruction médicale et poser des questions supplémentaires au médecin traitant de l'assuré.!

4. Le 8 février 2012, la Dresse B_____ a adressé à l'OAI les deux documents suivants, datés du jour de l'envoi :!

- Un rapport intermédiaire, indiquant que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et que ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de travaux lourds et pas de travaux répétitifs avec le membre supérieur droit;!

- Les réponses aux questions posées par l'OAI, selon lesquelles l'assuré n'était pas suivi par un psychiatre et allait prochainement consulter un rhumatologue; par le passé, l'assuré avait bénéficié d'un traitement à base d'AINS qu'il n'avait pas supporté sur le plan gastrique; il ne pouvait pas travailler en raison de son état de santé.!

5. A la demande du SMR, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du SMR, a procédé à un examen rhumatologique de l'assuré et a établi son rapport en date du 15 août 2012. Il ressort notamment de l'anamnèse que le père de l'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ayant entraîné une hémiplégie droite complète. L'assuré avait volontairement cessé son activité professionnelle de manoeuvre en serrurerie et opérateur amiante en 2009 et exerçait, à 40 %, en tant qu'indépendant, une activité de travaux de pose de sols et de peinture, selon demande, depuis le mois de mars 2012. L'examiné faisait état d'une symptomatologie tantôt constante, tantôt fluctuante, en fonction des activités, changements de pression barométrique ou de l'exposition au froid, avec une intensité douloureuse de 9-10 sur une échelle de 10. Malgré les plaintes algiques extrêmes, l'assuré ne prenait que du Dagalgan®, sporadiquement ou de manière continue, et appliquait du Voltaren® en crème ou du Sportusal® en spray. Ces différentes plaintes algiques étaient à l'origine de réveils nocturnes, à raison de 4 à 5 fois par nuit. Au réveil, l'assuré se déclarait sans force, fatigué, enraidit et douloureux mais ces symptômes s'estompaient progressivement, sans toutefois disparaître. L'examen clinique pratiqué au SMR a mis en évidence un assuré en bon état général, avec un bon développement musculaire au niveau des ceintures scapulaires ainsi qu'une surcharge pondérale, avec obésité de classe I, avec déconditionnement musculaire de la sangle abdominale. Sur le plan ostéo-articulaire, aucune limitation de l'amplitude articulaire n'avait été constatée que ce soit lors des mouvements spontanés de l'assuré ou de l'examen clinique, à l'exception d'une légère diminution dans les mouvements de rotation interne-externe au niveau de l'épaule droite en relation avec les probables séquelles d'une vraisemblable tendinopathie du supra-épineux, sans autres pathologies significatives objectives. Le reste de l'examen ostéo-articulaire était dans la norme. L'examineur a toutefois constaté une hyposensibilité diffuse touchant l'hémicorps droit, associée à des dysesthésies, sans mise en évidence d'un territoire anatomique reconnu, d'une erreur au piqué-touché, de troubles du sens positionnel ou de troubles de la pallesthésie. La force et la trophicité musculaires étaient symétriques, l'assuré présentant toutefois des phénomènes de lâchages étagés aux dépens de tout l'hémicorps droit. Le reste de l'examen avait montré les signes de non-organicité suivants : 9/18 points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, avec tous les points de contrôle positifs au niveau de l'hémicorps droit, 4/5 points selon Waddell en faveur d'un processus à

caractère de non-organicité et 2/2 signes comportementaux selon Kummel. Compte tenu de ses constatations, l'examineur n'a pas retenu de diagnostic sur le plan ostéo-articulaire entraînant des effets sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, il a évoqué des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de l'assuré, des séquelles modérées dorsales de la maladie de Scheuermann, une tendinopathie à minima du supra-épineux droit, sans limitation articulaire décelée ainsi que des éléments de non-organicité selon Waddell et Kummel, plaidant en faveur d'un processus de somatisation ou d'amplification. Ces atteintes somatiques étaient en adéquation avec l'âge de l'assuré et ne pouvaient être tenues pour responsables d'une incapacité de travail de longue durée, que ce soit dans l'activité habituelle de manœuvre en serrurerie, d'opérateur en amiante ou encore dans son activité de peintre ou poseur de sols laminés à titre indépendant. Elles pouvaient cependant être responsables d'incapacités de travail de courte durée, de 3 à 6 semaines au maximum et devaient en principe répondre à un traitement anti-inflammatoire, physiothérapeutique ou par infiltration, sans entraîner de séquelles ou une incapacité de travail de longue durée. En revanche, l'ensemble des plaintes de l'assuré s'inscrivait dans un processus algique, avec vraisemblablement un substrat d'origine psychogène. L'assuré était dès lors totalement capable de travailler tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

6. Au vu des troubles psychiques présentés par l'assuré (anxiété, trouble du sommeil et trouble douloureux), une expertise psychiatrique a été confiée au docteur E_____, qui a établi son rapport en date du 14 mars 2013. Il ressort de l'anamnèse que l'assuré considérait que ses douleurs actuelles résultaient de son précédent emploi, lors duquel il avait la plupart du temps travaillé à moitié courbé sur la droite. L'expert s'estimait incapable de travailler, même à temps partiel. Il était sous traitement de CPAP (support ventilatoire permettant de maintenir une pression positive continue dans les voies aériennes ou, en anglais une « Continuous Positive Airway Pressure - CPAP), qui le réveillait au milieu de la nuit. L'examen clinique effectué par l'expert n'a pas mis en évidence de signe ou symptôme évoquant un trouble thymique de gravité légère ou moyenne, un trouble anxieux spécifique, des symptômes de la ligne psychotique ou une maladie de la dépendance. Il n'y avait pas non plus d'argument en faveur d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Etant donné que l'assuré était pour l'essentiel focalisé sur ses douleurs au niveau de l'hémicorps droit (colonne lombaire, épaule et cervicales) et qu'il adoptait parfois une attitude de contorsions grotesques lors de l'examen, ne paraissant jamais dolent ou limité dans ses mouvements spontanés, l'expert retenait soit une sur-stimulation, ou autrement dit un fond psychopathologique réel, exagéré pour les besoins de la cause, soit un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique. Cependant, rien n'indiquait que l'assuré souffrait d'un dysfonctionnement social manifeste ou d'une comorbidité psychiatrique. A cela s'ajoutait également le fait qu'il avait recommencé une activité à 50%. L'assuré ne présentait aucun trouble de la personnalité, aucune comorbidité psychiatrique cliniquement significative ni perte d'intégration sociale. Le Dr E_____ n'a par conséquent retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail mais il a évoqué l'existence d'un éventuel trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, la capacité de travail était donc entière dans toute activité.

7. Dans un avis du 30 avril 2013, le Dr F_____, médecin auprès du SMR, a relevé que l'examen rhumatologique et l'expertise

psychiatrique étaient convaincantes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Le 6 mai 2013, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, lui refusant des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Par courrier du 21 mai 2013, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet précité, indiquant qu'il n'était pas en bonne santé. Le 23 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré que la teneur de son désaccord ne lui permettait pas de revoir sa position et qu'à défaut de pièces complémentaires dans un délai de 30 jours, une décision identique au projet serait rendue. En date du 7 juin 2013, l'OAI a reçu plusieurs documents médicaux concernant l'assuré et notamment :

- Un rapport de consultation du laboratoire du sommeil, des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), daté du 20 septembre 2012, dont il ressort que l'assuré présentait un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) à caractère obstructif sévère, avec un index à 55 apnées par heure de sommeil, ainsi qu'un nombre important d'apnées centrales, avec un index à 18 apnées par heure; une IRM et un examen cardiaque étaient souhaitables dans le but d'éliminer toute pathologie cardiaque;
- Un rapport de consultation du laboratoire du sommeil daté du 8 mars 2013, selon lequel une tentative d'appareillage par CPAP avait été initiée en 2012, avec plusieurs interruptions pour cause de voyage; son utilisation s'était toutefois avérée insuffisante, l'assuré se réveillant en cours de nuit et ne retrouvant plus son sommeil à cause du CPAP, même avec un traitement à base de Stilnox 10 mg puis de Trittico 50 voire 100 mg; dès lors que le SAS à caractère obstructif était sévère, que l'assuré était somnolent et présentait déjà un profil de risque cardio-vasculaire insatisfaisant (HTA et obésité). il a été orienté à la consultation de Chirurgie maxillo-faciale des HUG afin que l'indication à une ostéotomie d'avancement bi-maxillaire fût évaluée. dans l'intervalle, la réalisation d'un bilan étiologique de la composante d'apnées centrales, avec une IRM cérébrale comprenant la charnière occipito-cervicale ainsi qu'une échocardiographie cardiaque, à la recherche d'une insuffisance cardiaque diastolique ou systolique, était préconisée;
- Un rapport du Dr G_____, spécialiste FMH en cardiologie invasive et non invasive, daté du 9 novembre 2012, concluant à l'absence de signe de maladie cardiaque coronarienne sous-jacente à la douleur de l'hémithorax droit et mentionnant un test d'effort normal, à 4,5 METS, avec une bonne fonction ventriculaire gauche; un régime et des activités physiques adéquates et régulières, dans le but de perdre plus de 10 kg, étaient suggérés;
- Le compte-rendu d'échographie abdominale totale du 15 avril 2013, objectivant une stéatose hépatique marquée, sans lésion focale suspecte objectivable, sans pathologie biliaire, avec un examen sans anomalie notable pour le surplus.

Dans son avis du 20 août 2013, la Dresse H_____, médecin praticien auprès du SMR, a relevé que les 4,5 METS du test d'effort correspondaient à des activités physiques modérées, tout en rappelant que l'assuré était manœuvre dans le bâtiment. Cela étant, elle concluait à une reprise de l'instruction.

Par rapport du 20 octobre 2013, la Dresse B_____ a signalé l'apparition du SAS à caractère obstructif, tout en précisant que l'état s'améliorait, et a produit les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du Dr I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 27 février 2012, concluant à un syndrome douloureux chronique de l'hémicorps droit, avec une discordance entre les plaintes de l'assuré et les éléments objectifs de l'examen clinique, et à l'absence de tendinopathie ou d'autres lésions à l'épaule droite expliquant les douleurs; néanmoins, ce médecin a effectué une infiltration sous-acromiale avec un corticoïde;
- Le compte-rendu de l'IRM du cerveau, incluant la charnière cervico occipitale, du 7 juin 2013, dont il ressort que les nerfs

cochléo-vestibulaires étaient symétriques, la sténose de l'apophyse odontoïde aspécifique; il y avait des signes de sinusite maxillaire et ethmoïdale à gauche; pour le surplus, les conclusions étaient illisibles.![endif]>![if> 14. Le 31 octobre 2013, la Dresse B_____ a encore précisé que son patient était totalement incapable de travailler dans son activité de manœuvre et que sa capacité dans une activité habituelle dépendait de l'évolution clinique.![endif]>![if> 15. Par avis du 14 février 2014, la Dresse H_____ a confirmé les rapports du SMR des 30 avril et 20 août 2013, relevant que le SAS, sous traitement, n'était habituellement pas une atteinte incapacitante de longue durée et qu'en outre, il s'améliorait selon la Dresse B_____. ![endif]>![if> 16. Le 25 février 2014, l'OAI a confirmé son projet du 6 mai 2013.![endif]>![if> 17. Le 24 mars 2014, l'assuré a interjeté recours, expliquant qu'il n'était « pas d'accord » avec la décision du 25 février 2014.![endif]>![if> 18. Par écriture du 23 avril 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que l'assuré n'apportait aucun élément objectif permettant de reconsidérer la décision querellée.![endif]>![if> 19. Le 16 mai 2014, le recourant a contesté la position de l'intimé, relevant qu'il était totalement incapable de travailler et qu'il n'avait pas de nouveaux justificatifs à envoyer. Il avait toujours des douleurs du côté droit (bras, jambes et dos).![endif]>![if> 20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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; RS 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel, voire à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 4. 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).![endif]>![if> 5. a. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner

une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

b. Au considérant 4.1 de son arrêt 9C_49/2013 du 2 juillet 2013, le Tribunal fédéral a rappelé que la jurisprudence avait dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3, ATF 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

c. 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 mentionnés au considérant 6b) ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352, consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

6. 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 LPG), 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).

c. 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). 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1,

in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). d. 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). 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). 7. En l'espèce, l'intimé se fonde sur l'examen rhumatologique du SMR et l'expertise psychiatrique pour refuser le droit aux prestations du recourant. a. L'examen rhumatologique du Dr D_____ du 5 juin 2012 correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels cités sous consid. 6c. supra. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de l'assuré et relate ses plaintes. Il a posé ses diagnostics - qui ne sont au demeurant contestés ni par le recourant ni par la Dresse B_____ - après des examens minutieux et ses conclusions sont claires et motivées. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à cet examen. Compte tenu de ses constatations cliniques, le Dr D_____ a uniquement retenu des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, soit des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge du recourant, des séquelles modérées dorsales de la maladie de Scheuermann, une tendinopathie à minima du supra-épineux droit, sans limitation articulaire décelée ainsi que des éléments de non-organicité selon Waddell et Kummel, plaidant en faveur d'un processus de somatisation ou d'amplification. L'examineur en a donc conclu que le recourant était totalement capable de travailler dans toute activité, y compris dans son activité habituelle, ce d'autant plus que celui-ci exerçait déjà une activité à 50% en tant que poseur de sols et travaux de peinture. Au vu de ces conclusions, aucune atteinte organique ne peut justifier une incapacité de travail de longue durée. La chambre de céans constate d'ailleurs que le Dr I_____, consulté par le recourant de sa propre initiative, est arrivé à des conclusions similaires dans son rapport du 27 février 2012, dans lequel il retient le diagnostic de syndrome douloureux chronique, avec une discordance entre les plaintes du recourant et les éléments objectifs de l'examen clinique. Quant au SAS à caractère obstructif sévère qui n'a pu que partiellement être traité par CPAP, il n'est habituellement pas une atteinte incapacitante de longue durée, selon l'avis du 14 février 2014 du SMR. A cela s'ajoute que le recourant ne s'est pas particulièrement plaint d'une grande fatigue lors de l'examen au SMR et de l'expertise du Dr E_____. Ces plaintes concernaient plutôt des douleurs. Par ailleurs, même s'il a déclaré au Dr D_____ être sans force et fatigué au réveil, ces symptômes s'estompaient progressivement, sans toutefois disparaître. Enfin, aucun médecin n'a prescrit un arrêt de travail motivé par le SAS. Il ne peut dès lors être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que cette pathologie ait engendré une incapacité de travail. b. Le tableau clinique présenté par le recourant est ainsi caractérisé par la présence de douleurs multiples et diffuses, ne trouvant pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance de

l'incapacité de travail et de gain. Il convient dès lors d'examiner la question de savoir si le recourant souffre d'une atteinte à la santé psychique invalidante ou d'un syndrome douloureux dont les effets ne pourraient plus être surmontés par un effort de volonté raisonnable. S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr E_____ du 14 mars 2013, force est de constater qu'elle comporte une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale détaillée, une description des plaintes subjectives de l'assuré et le compte-rendu des constatations cliniques. L'expert psychiatre a ensuite discuté le cas, tenu compte des plaintes exprimées par l'examiné et posé un diagnostic selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, texte révisé (DSM-IV-TR). Ainsi, l'expertise du Dr E_____ répond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est d'ailleurs contesté ni par le recourant ni par son médecin traitant, la Dresse B_____. Sur le fond, l'expert a considéré que le recourant souffrait soit d'une sur-stimulation, ou autrement dit d'un fond psychopathologique exagéré pour les besoins de la cause soit éventuellement d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique (code 307.89 DSM-IV-TR). L'expert a ensuite examiné l'intensité dudit trouble conformément aux critères de Foerster (structure de la personnalité, éléments de comorbidité psychiatrique mais également présence d'affections corporelles comorbides, évolution jusqu'à une perte d'intégrations sociale consécutive à la maladie psychique [dans le sens d'un « isolement social confirmé »], présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive, profits tirés de la maladie, échec des traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet) et est arrivé à la conclusion qu'aucun élément ne plaiderait en faveur de troubles psychiques susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité de travail. Dès lors que le recourant ne fournit aucune appréciation médicale émanant d'un psychiatre permettant de remettre en question les conclusions auxquelles arrive le Dr E_____, il y a lieu de retenir ces dernières. Par ailleurs, l'expert psychiatre étant arrivé à la conclusion que le trouble douloureux n'entraînait pas d'incapacité de travail, il n'y a pas lieu d'examiner les critères de Meyer-Blaser énoncés supra sous consid. 6b) (voir notamment ATAS/721/2012 du 24 mai 2012 consid. 11 c/bb). A noter, enfin, que le recourant ne conteste pas l'absence de trouble psychique. c. Au vu des conclusions de l'examen rhumatologique et de l'expertise psychiatrique, la chambre de céans ne peut que considérer que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, y compris dans son activité habituelle, ce qui est d'ailleurs corroboré par le fait qu'il a repris une activité d'indépendant, à 50%, en tant que poseur de sols et peintre.

8. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours sera rejeté.!

9. Le recourant étant soutenu par l'Hospice général, la chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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