



---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le patient ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1976, macédonien, arrivé en Suisse en 2004, exerçait la profession de nettoyeur de tapis d'Orient depuis 2005.
2. Le 5 mars 2014, l'assuré a fait une chute dans les escaliers, qui lui a causé de fortes douleurs dorsales, et a entraîné une incapacité de travail totale. La CNA est intervenue pour la prise en charge des conséquences de cet accident.
3. Dans ce contexte, l'assuré a été adressé par son médecin traitant, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH au Centre Médical de la Servette (ci-après : le médecin traitant), à la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie aux HUG, puis au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, médecin agrégé au service de rhumatologie des HUG.

Dans un rapport du 28 octobre 2014 au médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de cervicobrachialgies et lombosciatalgies non radiculaires.

4. Par décision du 7 novembre 2014, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance, avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2014, au motif que les douleurs de l'assuré n'étaient plus dues à l'accident, mais avaient pour origine une maladie. La CNA a confirmé sa position par décision sur opposition du 8 janvier 2015, entrée en force.
5. Le 5 décembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé), en raison de lombalgies, de douleurs aux deux cuisses ainsi qu'au membre supérieur gauche (ci-après : MSG).
6. Dans un rapport adressé à l'OAI qui l'a reçu le 5 janvier 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, retenait plusieurs diagnostics avec effet sur la capacité de travail (CT) : lombalgies, sensation de faiblesse, tremblements et cervicobrachialgies à gauche post/chute, ainsi qu'un probable syndrome dépressif. Elle suivait le patient depuis le 9 avril 2014, en cours ; avant elle, il avait été suivi par les Dresses B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes FMH en médecine interne générale, au Centre Médical de la Servette. Le patient avait également été adressé à la consultation des HUG, au service de neurochirurgie (Dresse C\_\_\_\_\_), d'urologie (Dr G\_\_\_\_\_, chef de clinique), et rhumatologie (Dr D\_\_\_\_\_). À l'anamnèse, elle mentionnait les cervicalgies, lombalgies, paresthésies symétriques bilatérales des deux membres inférieurs et trouble érectile. Traitement : physiothérapie, et médicaments: Irfen, Dafalgan, Lyrica. Une infiltration épidurale L4/L5 effectuée le 14 juillet 2014 n'avait pas eu d'effet. Syndrome anxio-dépressif avec fort risque de chronicisation. Tous les bilans réalisés étaient rassurants ; cependant compte tenu des douleurs, il était difficile de proposer au patient de reprendre son travail de nettoyeur dans le domaine des tapis lourds. Au sujet du pronostic elle relevait une évolution défavorable liée au syndrome anxio-dépressif réactionnel. Quant à la description des travaux exigibles dans une activité adaptée,

compte tenu de l'état de santé et des limitations dues à l'atteinte à la santé, elle a répondu négativement pratiquement à tous les types d'activités envisagées sur la formule habituelle, à l'exception d'activités dans différentes positions, ou celles exercées principalement en marchant. Elle a également retenu une limitation de la capacité de concentration, évoquant des troubles attentionnels, de même pour les capacités d'adaptation et de résistance, ceci en raison du syndrome anxio-dépressif. Il pouvait en revanche se déplacer, mais dans un périmètre limité qu'elle n'a pas défini. Pour la suite, elle essayait de convaincre le patient d'accepter une psychothérapie, mais il était centré sur ses douleurs. Elle retenait une incapacité de travail à 100% du 6 mars 2014 au 21 janvier 2015. Quant aux limitations fonctionnelles (LF) il ne pouvait plus porter de charges lourdes, la station debout prolongée et la marche longue étaient limitées.

7. Dans son rapport de consultation spécialisée du 30 juillet 2014, la Dresse C \_\_\_\_\_ n'a constaté à l'examen neurologique aucun déficit sensitivo-moteur des membres inférieurs, ROT vif et symétrique, réflexes cutanés plantaires indifférents ddc, Lasègue plus ou moins positif à 45° ddc et rétro-Lasègue à 10° ddc, pas de contro-Lasègue. Douleurs de l'épaule gauche lors de la rotation interne. Douleurs lors de la mobilisation passive de l'épaule gauche. Pas de douleurs à la palpation cervico-dorso-lombaire. Le patient rapporte que, depuis trois mois, il présente des troubles de l'érection. Il ne rapporte pas de troubles vésico-sphinctériens à type d'incontinence des selles ou de globe urinaire. Au vu des douleurs persistantes du patient à type de lombosciatalgies bilatérales des membres inférieurs non-déficitaires, ainsi qu'une douleur de l'épaule gauche et un déficit de l'érection depuis trois mois, elle propose premièrement une consultation en rhumatologie pour adaptation du traitement antalgique, ainsi que, dans un deuxième temps, une consultation en urologie pour investiguer les troubles de l'érection. Elle reconvoquerait ce patient pour une consultation à distance des rendez-vous préconisés.
8. Le rapport de consultation d'uro-sexologie du 16 septembre 2014 (HUG) conclut que le patient présente probablement un trouble érectile d'origine vasculaire génique, au vu de ses facteurs de risque cardio-vasculaire et de la chronologie de ses troubles. Une origine psychogène surajoutée n'est pas exclue. En revanche une origine neurologique suite à la chute sur son lieu de travail en mars dernier, bien que temporellement reliée selon le patient à l'aggravation des symptômes, est peu probable au vu de la localisation anatomique et de l'absence de pathologie objectivable à l'IRM de la colonne.
9. Dans un rapport du 8 avril 2015, destiné au médecin traitant, le Dr D \_\_\_\_\_ relevait que l'ensemble du tableau lui faisait suspecter un syndrome douloureux chronique. Il considérait qu'un soutien psychothérapeutique serait fortement souhaitable, mais pour l'instant le patient ne désirait pas de suivi spécialisé.
10. Le SMR (Dresse H \_\_\_\_\_) a rendu un avis le 20 janvier 2016. L'assuré, en incapacité de travail (ci-après: IT) depuis le 6 mars 2014, consécutivement à une

---

chute, présente des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires, ainsi que des douleurs de l'épaule gauche; et par ailleurs un état anxio-dépressif. Du point de vue somatique, l'assuré a bénéficié d'un bilan rhumatologique complet et de plusieurs avis de neurochirurgie. Il en ressort que les examens sont rassurants, mettant en évidence une discopathie modérée de C5-C6 et de L5-S1, sans compression radiculaire, et des troubles dégénératifs modérés du rachis, avec un canal lombaire étroit modéré en L2-L3. Ses médecins font état d'une symptomatologie algique diffuse dont le substrat organique est difficile à objectiver. Ils préconisent une attitude conservatrice avec physiothérapie et des infiltrations, qui restent sans effet favorable sur les douleurs. Du point de vue psychiatrique, l'assuré ne semble pas bénéficier de suivi spécialisé. Il est traité par antidépresseurs et suivi par son médecin traitant, qui signale une composante anxio-dépressive réactionnelle aux douleurs. Considérant que faute de disposer d'un status psychiatrique détaillé, permettant de comprendre les limitations fonctionnelles inhérentes à ces atteintes, le SMR estimait qu'il y avait lieu de préciser la nature des atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité résiduelle. Il a ainsi préconisé la mise en place d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. En cas d'atteinte psychosomatique, de type trouble somatoformes douloureux (ci-après: TSD), ou d'atteintes apparentées, les experts devraient se prononcer sur la CT raisonnablement exigible, au vu des indicateurs de la nouvelle jurisprudence.

11. En définitive l'examen clinique bidisciplinaire a eu lieu sous les auspices du SMR à Vevey, soit, pour l'aspect psychiatrique, par la doctoresse I\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et pour l'aspect somatique, par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et de réadaptation ainsi que rhumatologie, expert médical certifié SIM. L'examen rhumatologique a eu lieu le 12 juin 2017 : l'entretien a duré de 8h43 à 9h13, l'examen clinique s'étant poursuivi jusqu'à 10h00, à quoi s'était encore ajouté la lecture du dossier radiologique. L'examen psychiatrique s'est déroulé le 31 juillet 2017, de 9h30 à 10h20.

Dans leur rapport du 14 août 2017, les examinateurs n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la CT, ni sur le plan rhumatologique ni sur le plan psychiatrique. En revanche ils ont retenu les diagnostics suivants, sans répercussion sur la CT : trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ; status post (ci-après : s/p) contusion de la région lombaire et de l'épaule gauche ; pré-obésité.

Dans le cadre de l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont retenu, sur le plan rhumatologique, que lors de l'entretien, le patient décrivait sa dernière activité professionnelle de nettoyeur de tapis, exercée jusqu'au 5 mars 2014, date d'une chute dans les escaliers, comme une activité physiquement modérément contraignante, étant amené à déplacer des tapis mesurant jusqu'à 3,50 m de long, et devant les broser. L'activité était réalisée en station debout; l'assuré n'avait plus repris d'autre activité professionnelle depuis. Il se décrivait comme dérangé dans son quotidien par une douleur de la face postérieure de l'épaule gauche, une douleur interne scapulaire et une douleur lombaire basse; la douleur lombaire irradiait le

membre inférieur gauche (MIG) sans territoire radiculaire précis. Au jour de l'examen l'assuré ne mentionnait pas de cervicalgies. Les douleurs étaient quotidiennes, d'allure mécanique. Il disait être fort limité dans son quotidien, annonçait être capable de marcher 200m puis de devoir s'asseoir; il n'arrivait pas à porter son fils de 2 ans qui pèse 14 kg; il ne pouvait conduire en ville que de son domicile (Plan-les-Ouates) à la Servette, pour aller voir son médecin traitant. Les importantes limitations ressortaient également de la consultation de rhumatologie du 23 octobre 2014, où l'on pouvait lire que le questionnaire relatif au handicap fonctionnel, décrivait avec des éléments subjectifs un handicap fonctionnel très sévère. L'assuré n'avait plus de suivi spécialisé. Il voyait ses médecins traitants toutes les trois à quatre semaines. Il avait encore de la balnéothérapie une fois par semaine à Cressy Santé. Il consommait quotidiennement des anti-inflammatoires et un traitement antalgique simple à dose modérée. L'examen neurologique ne montrait pas d'atteinte radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Il n'y avait pas non plus de sciatalgies ou de cruralgies irritatives. L'examen des épaules ne permettait pas de trouver de pathologies spécifiques. Pas de signe pour une tendinopathie ; l'assuré tenait notamment les quatre tests de la coiffe des rotateurs contre une résistance modérée, sans inconfort. Pas de signe pour un conflit sous-acromial. Mobilité légèrement limitée en flexion et en abduction, sous réserve que l'assuré réalise des contrepulsions. Mobilité des hanches limitée par une douleur de la fesse et une douleur lombaire ; il n'y avait pas d'éléments orientant vers une coxarthrose, ni vers un rhumatisme inflammatoire. Le nombre de points de Smythe était globalement insuffisant pour retenir stricto sensu une fibromyalgie (7/18 - pour un seuil à 11/18 pour retenir ce diagnostic); au niveau du rachis, l'assuré avait de légers troubles statiques avec une légère augmentation de la cyphose dorsale, un relâchement de la sangle abdominale; il n'avait pas d'attitude antalgique. La mobilité du rachis et lombaire étaient légèrement restreintes; le score de Waddell était positif à la recherche de signes comportementaux. Les troubles dégénératifs présentés par l'assuré n'expliquaient pas l'ampleur des plaintes ou l'absence de réponse au traitement, avis partagé par les spécialistes rhumatologues des HUG qui renaient finalement, dans leur dernière consultation du 31 mars 2015, le diagnostic de probable syndrome douloureux chronique. Ils restaient descriptifs par rapport aux douleurs cervicales et lombaires, mais ne précisaient pas l'étiologie. Dans son dernier rapport (11/05/2017), le médecin traitant retient un TSD, mais ne cite pas les troubles dégénératifs. Sur le plan psychiatrique, le rapport décrit les renseignements anamnestiques personnels et familiaux, relevant que l'assuré est sans formation professionnelle, marié et père de trois enfants. À plusieurs reprises il verbalise toujours une situation médicale, sociale et familiale complexe, rendant difficile la mise en place de mesures d'intervention précoce. Le dossier avait été orienté vers cet examen bidisciplinaire, au vu d'une situation guère évolutive. L'expertisé n'avait pas d'antécédents psychiatriques jusqu'en 2015, où il avait vivement été incité par son généraliste à consulter un psychiatre. Mais le patient, dès cette époque - mais encore lors de l'examen -, n'en voyait pas la

nécessité, ceci quand bien même il était actuellement suivi par un psychiatre, le Dr K\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les examinateurs décrivent les rapports des divers médecins consultés. La thérapie est peu investie, car l'assuré affirme haut et fort que ses douleurs sont bien réelles et que la tête n'y est pour rien. Pas de plaintes de nature psychiatrique. Les douleurs sont au premier plan, et l'assuré ne se sent pas reconnu dans sa souffrance. Les documents à disposition, l'anamnèse et le status objectivent la présence d'un trouble somatoforme indifférencié. L'assuré présente en effet des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, mais sans le caractère insistant et dramatique d'une somatisation. Contacté téléphoniquement, le psychiatre traitant confirme l'impression clinique d'un syndrome de type somatisation avec des douleurs chroniques. Ce diagnostic imposait d'être examiné selon les indicateurs standards actuels ; les éléments recueillis permettent de constater que les ressources disponibles et mobilisables sont conservées, et en cohérence avec l'anamnèse de la vie quotidienne. Ce diagnostic ne présente donc pas de caractère incapacitant. Les examinateurs retiennent que l'aptitude à suivre des mesures de réadaptation est entière. Il y a bonne cohérence entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes.

Quant aux limitations fonctionnelles, sur le plan rhumatologique, le tableau clinique décrit en détail l'absence de diagnostic rhumatologique incapacitant et ne justifie pas de limitations fonctionnelles durables ostéoarticulaires. Pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant.

Le début de l'incapacité de travail durable remonte au 6 mars 2014, dans les suites de la chute sur le lieu de travail, mais est sans objet sur le plan psychiatrique. Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail a été initialement totale dans toute activité à partir du 6 mars 2014, du temps des investigations et du traitement jusqu'à stabilisation du cas. Sans objet sur le plan psychiatrique. Quant à l'évolution de l'incapacité de travail et l'incidence sur le rendement, sur le plan rhumatologique, la CNA retenait un *statu quo sine* à 8 mois post/chute ; le médecin d'arrondissement considérait, le 16 décembre 2014, qu'il n'y avait pas de lésions structurelles imputables au sinistre annoncé. Il annonçait la constatation d'un canal lombaire étroit, diagnostic non retenu par l'ensemble des radiologues ayant examiné le patient, les examinateurs du SMR ne le retenant pas non plus, pour les raisons exposées. Les examinateurs considéraient que le cas était stabilisé au 31 mars 2015, date de la dernière consultation par les rhumatologues des HUG, et leurs conclusions. La CT exigible était entière sur le plan rhumatologique (comme sur le plan psychiatrique), depuis cette date. Sur le plan psychiatrique, elle était entière depuis le début de l'activité lucrative. Quant à l'aptitude à suivre/à s'investir dans une mesure de réadaptation, cette question était sans objet.

Enfin quant au pronostic, sur le plan rhumatologique le pronostic était bon en ce qui concerne les troubles dégénératifs visualisés; il était en revanche mauvais quant à

l'évolution du syndrome douloureux chronique et quant à la reprise d'une activité professionnelle ; sur le plan psychiatrique le pronostic était réservé.

En conclusion, les examinateurs ont retenu une CT exigible de 100 % tant dans l'activité habituelle d'employé dans le nettoyage de tapis, que dans une activité adaptée, et ce depuis le 31 mars 2015.

12. Le 16 août 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de prestations. Depuis le 6 mars 2014, sa CT était restreinte en raison d'un accident. Toutefois selon les éléments médicaux à disposition ainsi que l'avis du SMR, l'OAI conclut que dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 il présente une pleine CT dans toute activité entrant en ligne de compte. La demande a été déposée le 5 décembre 2014, son droit étant ainsi ouvert, en application des dispositions légales applicables, dès le 1<sup>er</sup> juin 2015; toutefois à cette date une CT entière dans toute activité lui était reconnue, et par conséquent aucun degré d'invalidité n'entrait en ligne de compte. Quant aux mesures d'ordre professionnel elles ne seraient pas de nature à sauvegarder ou améliorer sa CT, et étaient donc refusées.
13. Le 8 septembre 2017, l'assuré a pris contact téléphoniquement avec l'OAI. Il contestait le projet de décision et demandait qu'une copie de l'expertise soit adressée à son psychiatre traitant dont il a donné les coordonnées à l'office. L'OAI lui a indiqué que cette demande de transmission d'expertise ne faisait pas office d'opposition et qu'il devait préciser, par écrit, d'ici au 22 septembre 2017, en quoi il n'était pas d'accord avec le projet de décision.
14. Par courrier du même jour, l'intéressé a confirmé son opposition: il invitait l'OAI à revoir sa position, car il ne pouvait vraiment pas travailler et n'arrivait pas à rester sur ses jambes, tellement il souffrait du dos et de l'épaule gauche; s'il pouvait choisir il préférerait nettement pouvoir travailler. Ses douleurs étaient permanentes, elles ne s'arrêtaient jamais; ses douleurs étaient d'une intensité de 6/7. Le diagnostic de son médecin était qu'il souffre d'un TSD. Il était même suivi par un psychiatre à cause de ses douleurs qu'il ne supporte plus. Il confirmait la demande téléphonique du matin-même d'envoi du dossier à son psychiatre. Son médecin-traitant confirmerait également que « je ne joue pas pour avoir l'AI, mais que je souffre vraiment de vraies douleurs. »
15. L'OAI a accusé réception de l'opposition par courrier du 11 septembre 2017. L'office a précisé à l'assuré que l'opposition devait être fondée sur des objections justifiées, soit sur des pièces et documents utiles démontrant que l'appréciation de l'office serait erronée, notamment toutes pièces médicales ou professionnelles, le délai de trente jours pour faire part des observations concernant le projet de décision ne pouvait pas être modifié. Sans nouvelles de sa part à l'échéance de ce délai, une décision identique au projet du 16 août 2017 serait rendue, celle-ci pouvant faire l'objet d'un recours.
16. Par courrier du 15 septembre 2017, se référant à la correspondance susmentionnée (11.09.2017) ainsi qu'à un entretien téléphonique du matin même avec l'office,

l'assuré a exposé ses difficultés d'expression en langue française et la nécessité de pouvoir disposer d'un peu plus de temps; il a indiqué à l'office que son psychiatre était en train d'établir un rapport médical; ce qu'il n'avait pas pu faire plus vite. Il le lui remettrait dans le courant de la semaine suivante. Depuis plus de deux ans et demi il était suivi parce que toutes ses douleurs physiques l'avaient rendu totalement dépressif. Il prenait des antidépresseurs et était suivi très régulièrement, mais il ne comprenait pas toujours toutes les questions en français sur son état dépressif. Il demandait une confirmation qu'il avait jusqu'au 25 décembre 2017 (faisant référence à ce qui lui aurait été dit le matin-même au téléphone). Il a produit en annexe à son courrier une attestation de connaissance de la langue française établie par l'institution OSEO Genève le 24 août 2015, attestant qu'il avait passé avec succès l'examen de français oral (niveau A2 du Portfolio européen).

17. L'OAI a reçu en date du 22 septembre 2017 une attestation médicale du psychiatre traitant (Dr K\_\_\_\_\_), datée de la veille. Ce praticien se réfère à l'expertise psychiatrique du 14 août 2017 et au diagnostic de trouble somatoforme indifférencié mentionné dans celle-ci. Il atteste avoir suivi régulièrement le patient depuis le 21 janvier 2015, dans le cadre d'un début de TSD. Les plaintes essentielles du patient sont des douleurs diffuses persistantes, intenses, s'accompagnant d'un sentiment de détresse expliqué par un trouble physique, survenu dans un contexte de problèmes psychosociaux: il a un enfant souffrant de trisomie 21; un conflit professionnel a éclaté en 2008, qui a duré jusqu'en 2015, et une apnée du sommeil constatée en 2016. Selon le patient, en 2010 il devait travailler seul dans cette entreprise à la place de trois personnes; son patron lui confiait beaucoup de travail lourd en lui donnant un salaire minimum. Son employeur « magouillerait » beaucoup de choses dans son entreprise, ce qui donnait au patient un sentiment de honte et d'injustice, le sentiment d'être exploité, ce qui le contrariait. Il serait obligé de travailler très dur pour nourrir sa famille, surtout son enfant trisomique. Il ne dormait pas bien, était tout le temps énervé, très malheureux pendant plusieurs années; sentiment d'injustice et de contrariété. En 2015, il avait engagé un avocat pour faire valoir ses droits dans le cadre d'une procédure prud'homale: il s'était présenté trois fois dans le cadre de celle-ci, mais en vain. Il vivait de l'aide de l'Hospice général depuis mars 2015, avec beaucoup d'angoisse et de tristesse. En français il avait des difficultés surtout pour expliquer ses ressentis psychiques. Il pouvait exprimer ses sentiments d'injustice sur sa situation sociale et professionnelle, son sentiment d'échec dans la vie, sa culpabilité envers ses enfants et le fait de ne pas pouvoir assumer son rôle de père et de mari. Il pouvait exprimer sa colère contre son patron (qui profiterait de sa situation difficile), ainsi qu'un sentiment d'impuissance, une anhédonie, une aboulie et une asthénie. Troubles du sommeil: difficultés d'endormissement avec des réveils nocturnes par des douleurs diffuses dans son corps entier. Il se plaignait d'une diminution de la concentration, de l'attention et de la mémoire en raison de ses douleurs constantes. Les scores d'AMDRS (MADRS - échelle d'évaluation du degré de dépression) étaient de 30 en janvier 2015, de 26 en mars 2015 et de 39 en

septembre 2016. Il a indiqué que les traitements médicamenteux tentés n'avaient pas donné de résultats,

18. ni sur la dépression ni sur les douleurs. Dans ces circonstances il estimait qu'un diagnostic de TSD persistant devait être posé.
19. Le SMR (Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_) a rendu un avis le 5 décembre 2017, dans le cadre de l'audition. Après avoir rappelé le contexte du dossier et évoqué l'examen bidisciplinaire par les spécialistes du service médical et leurs conclusions, ils mentionnent que, dans un courrier du 21 septembre 2017, le psychiatre traitant atteste un diagnostic de TSD persistant. Dans ce rapport il est essentiellement fait état de considérations socio-culturelles. Aucun élément clinique objectif nouveau n'y est mentionné. Ce courrier ne permet pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé ou de nouvelles atteintes à la santé. De plus, les TSD ne sont pas reconnus comme incapacitants au sens de la loi. Le psychiatre-traitant énumère en outre les médicaments antidépresseurs administrés, ayant été inefficaces selon lui. Toutefois l'observance thérapeutique n'est pas discutée. Le rapport d'examen du SMR mentionnait déjà cette problématique.
20. Par décision du 5 décembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assuré en décembre 2014. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré contestait l'estimation de la capacité de travail résiduelle. Le courrier du 15 septembre 2017 ainsi que les documents médicaux produits avaient fait l'objet d'une appréciation du SMR. L'étude de ces pièces et les éléments produits ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation du service médical.
21. L'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre la décision susmentionnée, par mémoire du 22 janvier 2018. Il conclut préalablement à l'audition des parties, à l'ouverture d'enquêtes et à l'ordonnance d'une expertise bidisciplinaire, en psychiatrie et rhumatologie, et au fond à l'annulation de la décision du 5 décembre 2017 de l'OAI; à la condamnation de l'intimé à lui verser une rente d'invalidité entière, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015, avec intérêts à 5 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016, date moyenne, et à 5 % l'an sur les rentes futures à compter du dépôt des présentes écritures, le tout avec suite de frais et dépens. Pour l'essentiel le recourant conteste le rapport d'examen bidisciplinaire auquel a procédé le SMR en été 2017; il y voit des erreurs, des contradictions et des incohérences. Le détail des griefs du recourant à ce sujet sera repris dans la mesure utile, dans les considérants qui vont suivre.

Il oppose au rapport final des examinateurs l'attestation médicale de son psychiatre traitant du 21 septembre 2017, respectivement celle du 15 janvier 2018.

Il remet également en cause l'avis de la permanence du SMR du 5 décembre 2017 se prononçant sur le rapport d'examen spécialisé susmentionné, ainsi que sur l'attestation du 21 septembre 2017 du psychiatre traitant.

Il produit également une lettre de fin de traitement (rapport de consultation du 10 novembre 2017), établie par le service de rhumatologie des HUG (Dr N\_\_\_\_\_,

---

médecin interne et Prof O \_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé) après la consultation spécialisée du 9 novembre 2017, dont le motif était : « réévaluation rhumatologique dans le cadre d'une procédure AI ». Ce rapport retient les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec syndrome lombovertébral et cervicovertébral chronique, associé à un abaissement du seuil de la douleur compatible avec un syndrome fibromyalgique (score de 21/31 selon index Widespread Pain: 14 zones douloureuses sur 19 ; échelle de sévérité 7/12) et hypovitaminose D3 à 47 nmol/l. Il relève les antécédents et comorbidités suivants: état dépressif chronique; surpoids avec syndrome d'apnées du sommeil appareillé; tabagisme actif et adénome surrénalien gauche en cours d'investigation. Les auteurs du rapport ont procédé à un rappel anamnestique, relevant qu'actuellement l'anamnèse rhumatologique et immunologique ne révèle pas de syndrome sec, phénomène de Raynaud, uvéite, aphtose ou affection cutanée/psoriasis. L'anamnèse familiale ne révèle pas d'antécédents familiaux. L'anamnèse systématique révèle une asthénie augmentée après un effort, occasionnant une kinésiophobie importante. Le patient décrit également une perte pondérale non souhaitée sur deux ans, de 106 à 94 kg environ, des sudations nocturnes occasionnelles, des céphalées d'allure tensionnelle. Au niveau cardiopulmonaire il signalait également des douleurs thoraciques gauches survenant à l'effort (investiguées sur le plan cardiaque). Sur le plan gastro-entérologique, il se plaint de dyspepsie sans autres troubles du transit ou de rectorragies. La dysfonction érectile, suivie en urologie et en psychiatrie est toujours persistante, sans amélioration notable malgré les traitements proposés. Sur le plan psychiatrique, le patient est en cours de traitement. Il dit avoir actuellement stoppé les antidépresseurs en raison des effets secondaires associés. Un projet de nouvelle médication était en cours. Il relate une thymie triste avec angoisses, sensation de vide et de découragement extrême. Sommeil perturbé par les douleurs et les angoisses. Au niveau socioprofessionnel, cet ancien employé dans le secteur du nettoyage n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son accident de 2014. Il vit avec son épouse et ses enfants. Il est actuellement soutenu par l'Hospice général et évoque également un conflit avec son ancien employeur, sur le plan asséculo-logique. A l'examen clinique l'état général est conservé mais la thymie est triste avec léger ralentissement; difficulté à rester 10 minutes en position assise; douleurs à la palpation, diffusément. Rachis: absence de troubles de la statique; mobilisation du rachis cervical indolore avec une rotation symétrique et 80° d'inclinaison à 40° des deux côtés (ddc); palpation du rachis thoracique douloureuse au niveau des épines et en paravertébral au niveau interne scapulaire, ainsi que dans la région lombaire. Sacro-iliaque: le Faber, le Mennel ainsi que le test de compression du sacrum déclenchent des douleurs lombaires basses. Palpation de la région sacro-iliaque gauche sensible. Articulations périphériques: épaule douloureuse à la palpation avec douleurs importantes lors de la mobilisation active; mobilisation des hanches symétriques sans limitation; absence de douleurs ou synovite des autres articulations. Neurologique: force et sensibilité grossières conservées; réflexes hypovifs mais symétriques. RCP en flexion ddc. Des examens

complémentaires ont été effectués le 9 novembre 2017: formule sanguine alignée, calcium corrigé. Radio du bassin: absence d'ankylose sacro-iliaque. Ces médecins concluent, au sujet de l'évolution et discussion du cas, que le patient présente des douleurs chroniques axiales d'allure mécanique avec également une composante neuropathique. Ce tableau s'inscrit dans un contexte d'état dépressif sévère. Le score de diagnostic et d'évaluation de la fibromyalgie parle en faveur d'un syndrome douloureux chronique. L'examen clinique révèle un important syndrome lombovertébral et cervicogène sans altération neurologique. Cependant, en raison de douleurs d'allure enthésitique et des manœuvres sacro-iliaques douloureuses, un bilan biologique avait été répété, qui montrait l'absence de syndrome inflammatoire. Les examens complémentaires auxquels il a été procédé permettent d'exclure le diagnostic de spondylarthropathie. Par rapport à la kinésiophobie très importante, ils ont encouragé le patient à reprendre la physiothérapie tout prochainement et à poursuivre le traitement antalgique. Une hospitalisation pour une réhabilitation psychosomatique et physiothérapique intensive pourrait également être discutée. Une reprise de l'activité professionnelle leur semble actuellement irréalisable. Finalement ils préconisent la substitution de la vitamine D3 dont la carence pourrait contribuer aux douleurs.

Le recourant en déduit que son incapacité de travail est patente, et que les conclusions de l'examen du SMR s'expliquent en raison des grandes difficultés de langue qu'il éprouve.

22. L'intimé a répondu au recours par courrier du 13 février 2018. Il conclut à son rejet. L'argument de la difficulté linguistique rencontrée par le recourant ne saurait être retenu. Tout au long de l'instruction de la cause, les intervenants ont pu constater qu'il s'exprimait en français, y compris les médecins qui l'ont examiné au SMR. Il n'avait jamais fait valoir de telles objections, jusque dans son courrier d'opposition où il a fait valoir cet argument pour la première fois. Quant à l'expertise du SMR, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise du SMR du mois d'août 2017 constitue une base suffisante pour se déterminer sur le plan médical. La mise en place d'une nouvelle expertise ne se justifie pas. Quant à l'appréciation des indicateurs selon la nouvelle jurisprudence par rapport au diagnostic de TSD, contrairement à ce que soutient le recourant, les examinateurs ont tenu compte des dits indicateurs, mais aussi des conséquences que le Tribunal fédéral attache à une constellation allant dans le sens d'une exagération, notamment par une tendance à l'accentuation des symptômes: l'examen clinique rhumatologique met en avant des douleurs aspécifiques, des réactions exagérées, un test de simulation positif, une mobilité limitée, des contrepulsions, un score de Waddell positif à la recherche de signes comportementaux, des troubles dégénératifs présentés qui n'expliquent pas l'ampleur des plaintes ni l'absence de réponse au traitement. Selon la jurisprudence de tels éléments justifient d'admettre l'existence d'un motif d'exclusion. (Arrêt 9C\_899/2014 et 9C\_173/2015). Ils peuvent également expliquer que le pronostic sur le plan subjectif soit mauvais alors que la CT est conservée. Par ailleurs, il n'existe pas

de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, ni de douleurs persistantes, intenses et s'accompagnant d'un sentiment de détresse. L'ensemble des circonstances du cas concret démontre que le TSD ne peut être reconnu comme incapacitant au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Enfin les experts ont reconnu que l'expertisé disposait de ressources personnelles non négligeables. S'agissant enfin de la récente hospitalisation à la clinique de Montana, outre qu'aucun élément médical n'est rapporté, elle est de toute manière postérieure à la décision entreprise. A toutes fins utiles il faut encore relever que, selon la jurisprudence, les troubles en réaction à une décision négative de l'OAI peuvent être traités médicalement de manière adéquate. Il ne peut en découler de handicap psychique invalidant: dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (arrêt 9C\_799/2012 du 16/5/2013 considérant 2.5).

23. Dans sa réplique du 22 mars 2018, le recourant conteste d'emblée que le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR constitue une expertise. Cet examen est clairement un examen clinique SMR bidisciplinaire. En outre il ne répond pas aux questions du mandat d'expertise du 1<sup>er</sup> février 2016. Aucun chapitre n'est dédié à la cohérence et le rapport ne comporte pas de réelle appréciation consensuelle du cas, éléments pourtant centraux à l'établissement d'une expertise bidisciplinaire stricto sensu. Ce rapport, certes long, ne répond pas à la structure d'une expertise prévue à l'annexe VII de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI). Le recourant vise en particulier le ch. 2.5.5 de cette circulaire, et insiste sur le fait que ce rapport n'est pas une expertise au sens des art. 2.6 et suivants de cette circulaire. Il persiste à en contester la valeur probante, et considère qu'une expertise psychiatrique se justifie. Il produit encore des documents médicaux supplémentaires, notamment un rapport de consultation ambulatoire du service de la douleur des HUG du 24 janvier 2018 et un certificat médical de la clinique de Montana du 1<sup>er</sup> février 2018. Enfin, dans la mesure où les médecins SMR l'ayant examiné n'ont pas abordé la question de la cohérence, l'intimé ne saurait se substituer à des médecins pour tenir pour vraies des conclusions d'ordre médical absentes du dossier. Le score de Waddell relevé par l'expert rhumatologue concernant l'examen du rachis ne permettait pas à l'intimé de tirer des conclusions non évoquées par ce médecin. En effet, selon la Revue médicale suisse, les signes comportementaux de Waddell ne peuvent en aucun cas être assimilés à un outil médico-asséculogique quelconque, encore moins un détecteur de simulation. La chambre de céans ne saurait dès lors, sans élément probatoire à l'appui de cette prétendue exagération, retenir qu'il existerait un motif d'exclusion selon la jurisprudence.
24. Par courrier du 16 avril 2018, le recourant a encore adressé à la chambre de céans une pièce supplémentaire: copie de l'avis de sortie adressé par le médecin de la clinique de Montana au médecin traitant du recourant: il mentionne le diagnostic principal de trouble anxieux et dépressif mixte; et comme diagnostic secondaire, la

présence d'idées suicidaires scénarisées le 27 janvier 2018 et des idées noires fluctuantes; effets indésirables du Saroten: sécheresse buccale et constipation.

25. L'intimé s'est déterminé sur la réplique par courrier du 23 avril 2018. Les arguments développés par le recourant n'appellent pas de nouveaux développements. Quant aux pièces médicales nouvellement produites, elles ont été soumises au SMR. Il ressort de son avis du 13 avril 2018 que les différentes pièces médicales versées dans le cadre du recours n'avancent aucun élément nouveau non évalué précédemment, ou qui permettrait de retenir une aggravation. Ainsi le SMR estime que les conclusions du rapport d'examen du 14 août 2017 sont toujours actuelles.
26. Par courrier du 3 mai 2018, l'intimé s'est encore exprimé, notamment après avoir soumis la lettre de sortie du 7 février 2018 au SMR: d'une part le séjour du 22 janvier au 5 février 2018 est postérieur à la décision litigieuse; d'autre part les médecins ne fournissent aucune description de l'état de santé de l'assuré. On constate cependant que le traitement psychiatrique a été renforcé, avec introduction d'amitriptyline et de lorazepam. En revanche, on ne dispose d'aucun élément objectif permettant de se faire une idée précise de l'état psychique de l'assuré, en particulier d'une éventuelle aggravation durable, et de son caractère réactionnel, - de toute manière postérieure à la décision entreprise.
27. Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties le 9 juillet 2018 en comparution personnelle :

Le recourant a déclaré : " ..., je ne me sens moralement pas bien. Je suis une victime d'un accident survenu en 2014. J'ai été diagnostiqué trouble douloureux somatoforme. Depuis cet accident, cela a déclenché tout: les douleurs, un état dépressif, je suis suivi par un psychiatre qui a essayé plusieurs médicaments et qui essaie de m'encourager en me disant que l'on va traiter les choses, une à la fois. Je souffre également par rapport à des problèmes psychosociaux. Je souffre énormément par rapport à la situation de ma fille, trisomie 21; j'ai également été très durement touché par rapport aux problèmes que j'ai rencontrés avec mon ex-employeur. Ma situation économique est très délicate, et c'est pour ces raisons que je vis les choses d'autant plus mal. Avant et même après l'accident, j'ai rencontré d'énormes difficultés avec mon patron qui fait des tas de magouilles au travail, qui ne me payait pas toujours régulièrement, ce qui me causait des grosses difficultés par rapport à ma famille car ma femme ne travaille pas. Il savait que j'étais obligé de travailler et il me poussait au maximum, et je ne le supportais pas. Je confirme que j'ai entrepris des procédures judiciaires contre mon ancien patron. J'ai d'ailleurs été jusqu'au Tribunal fédéral. J'ai perdu à tous les degrés de juridictions prud'homales. Le problème c'est que mon patron ne m'avait pas assuré en perte de gain et il m'avait prélevé les cotisations de mon salaire. Je me sens victime d'injustice. D'un autre côté, et s'agissant de l'examen bidisciplinaire du SMR, je me suis fâché par rapport à la Dresse I\_\_\_\_\_, qui devait me recevoir pendant deux heures, d'après ce qui m'avait été écrit sur la convocation. Or, elle ne m'a reçu que 35 minutes. Elle m'a dit à cette occasion qu'elle avait eu mon psychiatre au

téléphone et qu'elle connaissait tout mon problème. Durant l'entretien, la Dresse I\_\_\_\_\_ m'a demandé pourquoi j'avais arrêté les antidépresseurs. En réalité, mon psychiatre actuel me suit depuis janvier 2015. Il m'a toujours donné des médicaments. Je les ai toujours pris et régulièrement, jusqu'à aujourd'hui. Mais à un moment donné, il a fallu changer les médicaments: c'était juste avant l'expertise. J'ai donc expliqué à la Dresse I\_\_\_\_\_ que si j'avais interrompu les médicaments, ce n'était pas parce que ma tête allait bien, mais parce que le médecin m'avait dit qu'il fallait faire une petite pause avant de recommencer avec un autre médicament. La Dresse I\_\_\_\_\_ m'a posé des questions par rapport à la composition de ma famille, et tous les détails sur ce qui la compose, l'âge de mes parents, savoir s'ils sont en bonne santé. C'est tout ce qu'elle m'a demandé. Pour le reste, comme je vous l'ai dit, elle m'a dit qu'elle savait tout de moi, par mon psychiatre. Toutefois, mon médecin m'a dit qu'il s'était entretenu au téléphone avec elle pendant 5 minutes au maximum. Avec le rhumatologue que j'avais vu un mois avant la psychiatre, les choses s'étaient beaucoup mieux passées. Il m'avait gardé plus longtemps. Il m'a examiné complètement, le dos, les jambes, etc. et m'a dit qu'il était là pour m'examiner. Pour répondre à votre question, je n'ai pas cherché de nouveau travail, je suis toujours en arrêt car j'ai plein de douleurs sur tout le corps, le dos, les jambes et les épaules. Mon conseil vous remet un nouveau chargé de pièces, concernant ma consultation ce week-end aux urgences des HUG pour lombosciatalgie. Je n'ai pas été hospitalisé, mais depuis vendredi, j'ai commencé à avoir mal et à prendre des médicaments. Depuis samedi, je suis sous médicament à base de morphine (Sevredol 10 mg 4x/jour et 5mg en réserve). J'avais en effet très mal au dos, j'avais le dos bloqué, et j'ai d'abord été à la permanence de la Servette. Là-bas les médecins m'ont d'abord fait une piqûre de morphine et ensuite ils ont appelé une ambulance pour me conduire aux urgences des HUG, pour faire les examens. Je suis resté une heure à la permanence de la Servette. Je suis resté aux HUG jusqu'à 19h00. Ils m'ont dit qu'ils n'étaient pas là pour me faire des IRM, mais juste pour calmer les douleurs et qu'il fallait que je continue avec mon médecin-traitant qui est la Dresse B\_\_\_\_\_, qui est en vacances actuellement mais qui travaille à la permanence de la Servette. Aujourd'hui j'y suis retourné et le médecin qui m'a reçu m'a donné de l'Irfen 800 à prendre 2x/jour. Sur question de Me Aliénor WINIGER, j'ai été ce printemps à la clinique de Montana à cause de tous ces problèmes de dos et la dépression, et parce que je n'étais pas bien moralement; j'avais des troubles de sommeil, j'avais le CPAP. A cause de tout ça et des angoisses, le service de la douleur des HUG a proposé de m'envoyer à Montana."

Le conseil du recourant a précisé que son mandant persistait dans toutes les mesures d'instruction sollicitées dans ses écritures, considérant notamment que l'audition de son psychiatre-traitant serait justifiée, du moment qu'il n'avait été entendu que pour 35 minutes par l'examinatrice psychiatre du SMR, alors que son psychiatre-traitant le suit depuis 2015.

28. Sur quoi la cause est gardée à juger.
29. Par écriture spontanée du 4 décembre 2018, le conseil du recourant a produit un bordereau de pièces supplémentaires, soit :
- la copie d'un courrier que lui adressait la Dresse B\_\_\_\_\_ en date du 30 novembre 2018: elle indique avoir vu le patient à quatre reprises depuis juillet 2018, et il avait été vu à deux reprises par deux de ses confrères. Le patient avait refait des poussées de lombosciatalgies hyperalgiques, avec introduction de Lyrica, traitement des douleurs neuropathiques, et majoration du Seroten par son psychiatre, il y a deux mois. Une IRM de contrôle retrouvait les mêmes lésions de la colonne lombaire, avec toutefois cette fois-ci un petit refoulement de la racine L1 gauche, ce qui a pu exacerber les douleurs. Il allait bénéficier, le jour du rapport, d'une infiltration L5-S1 sous contrôle scannographique. On était toujours dans le cadre d'un problème douloureux complexe somatoforme chez ce patient par ailleurs suivi sur le plan psychologique. Enfin il est porteur d'un adénome surrénalien asymptomatique, surveillé chaque année par IRM abdominale, tout à fait stable depuis sa découverte;
  - un résumé de séjour (consultation ambulatoire) au service des urgences des HUG (annexé au précédent document), daté du 7 juillet 2018 (déjà produit pendant l'audience de comparution personnelle). Le motif de l'admission était celui de lombosciatalgies. En synthèse, ce rapport conclut à une lombosciatalgie gauche non déficitaire: pas de "red flags" (signaux d'alerte), CRPS négatif au laboratoire.

Le conseil du recourant, au regard de ces éléments ainsi que des nombreux rapports médicaux produits à la procédure, réitérait sa conclusion préalable de mise en place d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, après consultation préalable des parties pour qu'elles proposent des noms d'experts.

### **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<sup>er</sup> 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. À 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit aux prestations d'invalidité de l'assuré, singulièrement à une rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2015.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. 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 malade, 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; 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 finalement 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/06 du 20 juin 2007 consid. 6.1 et les références).

7. 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (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.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade 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) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1).

A l'inverse, 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).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>ème</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

8. 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). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279

---

consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). Et dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

On rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 488/04 du 31 janvier 2006 consid. 3.3).

9. 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).

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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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:

a. 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).

b. 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. Étant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

---

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. 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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 Nr. 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).

10. 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 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).

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).

11. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

12. 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).
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ;

---

ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. En l'espèce, aux termes de l'instruction de la demande de prestations déposée par l'assuré le 5 décembre 2014, et après audition dans le cadre de la contestation du projet de décision du 16 août 2017, l'OAI a conclu, dans sa décision du 5 décembre 2017, - objet du recours -, que depuis le 6 mars 2014, la CT de l'assuré était restreinte en raison d'un accident, - soit une chute dans les escaliers, survenue la veille (5 mars 2014) qui lui a causé de fortes douleurs dorsales -; cependant, selon les éléments à disposition, y compris les documents médicaux complémentaires produits dans le cadre de la contestation du projet de refus de prestations, ainsi que l'appréciation du dossier par le SMR, dès le 1<sup>er</sup> avril 2015, l'assuré présente, selon l'intimé, une pleine capacité de travail dans toute activité entrant en ligne de compte. L'OAI a dès lors rejeté la demande.

Le recourant conclut à l'annulation de la décision entreprise, et au fond à la condamnation de l'intimé à lui verser une rente d'invalidité entière, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015. Pour l'essentiel il conteste la base principale sur laquelle l'intimé fonde sa décision, soit le rapport d'examen bidisciplinaire auquel le SMR a procédé en été 2017, soit les 12 juin 2017 (examen rhumatologique) et 31 juillet 2017 (examen psychiatrique) et les conclusions de leur rapport du 14 août 2017, après appréciation consensuelle; il y voit des erreurs, des contradictions et des incohérences de sorte que cet examen bidisciplinaire ne peut, selon lui, se voir reconnaître une valeur probante. Il y a dès lors lieu d'examiner si, en regard des principes de jurisprudence rappelés ci-dessus, ce rapport est probant ou non.

Au vu de ce qui a été rappelé précédemment par rapport aux exigences requises pour chaque type de document médical, en fonction de son origine (expert indépendant, médecin de l'assurance ou médecin-traitant de l'assuré), on relèvera ainsi que l'examen linéaire auquel l'assuré a été soumis émane de spécialistes reconnus, lesquels sont toutefois des médecins de l'intimé, et à ce titre, quand bien même 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, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert, étant toutefois entendu que ce que 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.

Tant l'un que l'autre le rhumatologue et la psychiatre du SMR se sont fondés sur une pleine connaissance du dossier, une anamnèse complète, un examen personnel et complet de l'assuré, - pour cette dernière un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant -, recueillant également les plaintes de ce dernier, se prononçant

également sur les diagnostics qu'il convenait de retenir, et aboutissant finalement à des conclusions claires et convaincantes.

a. Dans le cadre de l'audition, l'assuré a produit une attestation médicale du psychiatre traitant (Dr K\_\_\_\_\_), datée du 21 septembre 2017. Ce praticien se réfère à l'expertise psychiatrique du 14 août 2017 et au diagnostic de trouble somatoforme indifférencié mentionné dans celle-ci. Il atteste avoir suivi régulièrement le patient depuis le 21 janvier 2015, dans le cadre d'un début de TSD. Les plaintes essentielles du patient sont des douleurs diffuses persistantes, intenses, s'accompagnant d'un sentiment de détresse expliqué par un trouble physique, survenu dans un contexte de problèmes psychosociaux (enfant souffrant de trisomie 21; conflit professionnel ayant éclaté en 2008, ayant duré jusqu'en 2015); apnée du sommeil constatée en 2016. Selon le patient, en 2010 il devait travailler seul dans cette entreprise à la place de trois personnes; son patron lui confiait beaucoup de travail lourd en lui donnant un salaire minimum. Son employeur « magouillerait » beaucoup de choses dans son entreprise, ce qui donnait au patient un sentiment de honte et d'injustice, le sentiment d'être exploité, ce qui le contrariait. Il serait obligé de travailler très dur pour nourrir sa famille, surtout son enfant trisomique. Il ne dormait pas bien, était tout le temps énervé, très malheureux pendant plusieurs années; sentiment d'injustice et de contrariété. En 2015, il avait engagé un avocat pour faire valoir ses droits dans le cadre d'une procédure prud'homale: il s'était présenté trois fois dans le cadre de celle-ci, mais en vain. Il vivait de l'aide de l'Hospice général depuis mars 2015, avec beaucoup d'angoisses et de tristesse. En français il avait des difficultés surtout pour expliquer ses ressentis psychiques. Il pouvait exprimer ses sentiments d'injustice sur sa situation sociale et professionnelle, son sentiment d'échec dans la vie, sa culpabilité envers ses enfants et le fait de ne pas pouvoir assumer son rôle de père et de mari. Il pouvait exprimer sa colère contre son patron (qui profiterait de sa situation difficile), ainsi qu'un sentiment d'impuissance, une anhédonie, une aboulie et une asthénie. Troubles du sommeil: difficultés d'endormissement avec des réveils nocturnes par des douleurs diffuses dans son corps entier. Il se plaignait d'une diminution de la concentration, de l'attention et de la mémoire en raison de ses douleurs constantes. Les scores d'AMDRS (MADRS - échelle d'évaluation du degré de dépression) étaient de 30 en janvier 2015, de 26 en mars 2015 et de 39 en septembre 2016. Il a indiqué que les traitements médicamenteux tentés n'avaient pas donné de résultats ni sur la dépression ni sur les douleurs. Dans ces circonstances il estimait qu'un diagnostic de TSD persistant devait être posé.

En définitive, le psychiatre traitant n'apporte aucun élément susceptible de susciter le moindre doute au sujet de la fiabilité des examinateurs du SMR. Seule son appréciation du cas, fondée sur les mêmes éléments que ceux soumis aux examinateurs aboutit, selon lui, à ce que soit posé un diagnostic de TSD persistant (F45.4), là où les examinateurs ont quant à eux retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). On rappellera tout d'abord que les examinateurs

ont bien retenu le diagnostic de troubles somatoformes, - indifférencié (F 45.1, selon la définition du CIM 10 : « *Le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation.* ») ; ils ont considéré que ce diagnostic était sans répercussion sur la capacité de travail, et ils ont notamment justifié les raisons de ces conclusions : selon eux l'assuré présente en effet des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistant, mais sans le caractère insistant et dramatique d'une somatisation. Ils ont du reste relevé que lors d'un entretien téléphonique qu'ils avaient eu avec le psychiatre traitant, ce dernier avait confirmé l'impression clinique d'un syndrome de type somatisation avec des douleurs chroniques. Les examinateurs ont toutefois considéré que, sur la base de l'examen nécessaire de ce diagnostic en ayant recours aux indicateurs standards actuels, les éléments recueillis notamment dans le contexte psychosocial, permettait de constater que les ressources disponibles et mobilisables été conservées, et en cohérence avec l'anamnèse de la vie quotidienne. Ce diagnostic ne présentait donc pas de caractère incapacitant (rapport d'examen SMR du 14 août 2017 p. 14 § 3). Le caractère persistant des plaintes, mise en avant par le psychiatre traitant se retrouve dans la définition du diagnostic retenu par les examinateurs, mais ce qui les distingue est une question d'intensité, suffisante ou non, selon les points de vue, pour reconnaître ou non à ce trouble un caractère incapacitant. Dans le cas d'espèce, force est de constater que les éléments essentiels qui ressortent du dossier, pour expliquer la présence de TSD sont de nature psychosociale, tels que la souffrance de compréhensible du recourant par rapport à l'infirmité de sa fille aînée, mais surtout l'aigreur, le ressentiment et sentiment d'injustice du recourant par rapport au litige qui l'a opposé à son ancien employeur, dont il n'a manifestement pas encore digéré l'échec des procédures qu'il a intentées contre ce dernier, avec en perspective le sentiment de ne pas être reconnu, ni par rapport à ses douleurs, ni par rapport à l'injustice qu'il ressent subjectivement par rapport à son ex patron. Ceci ressort non seulement de l'appréciation du psychiatre traitant, mais également des propres déclarations du recourant lors de son audition par la chambre de céans. Or, comme il a été rappelé, les éléments relevant de problèmes essentiellement psychosociaux ne relève pas de l'assurance-invalidité, les troubles réactionnels à des décisions négatives ne sont pas considérés comme incapacitants à long terme, elles sont généralement correctement maîtrisés par un suivi adéquat ; encore faut-il que l'intéressé y consacre les efforts nécessaires et exigibles: dans le cas d'espèce toutefois, il ressort de l'appréciation de plusieurs médecins, traitants ou sollicités dans le cadre de consultations spécialisées, que le recourant, de façon récurrente, se focalise sur ses douleurs, considérant que « la tête va bien ».

b. On remarquera également que le recourant n'a soulevé aucune critique par rapport aux conclusions des examinateurs, sur le plan rhumatologique, voire neurologique, et de ce point de vue, les conclusions des spécialistes du SMR, ne retenant aucun diagnostic somatique incapacitant, échappent à toute critique; elles

sont elles aussi clairement motivées et convaincantes, tenant notamment compte des avis exprimés par les médecins traitants, lesquels n'ont, ni dans le cadre de l'audition, ni dans le cadre du recours, émis la moindre critique à l'endroit des examinateurs du SMR.

c. Lors de son audition par la chambre de céans, le recourant a élevé des critiques à l'égard de l'examinatrice psychiatre, laissant entendre que cette dernière n'aurait pas tenu compte de certaines de ces explications, respectivement les aurait mal interprétés : « Durant l'entretien, la Dresse I\_\_\_\_\_ m'a demandé pourquoi j'avais arrêté les antidépresseurs. En réalité, mon psychiatre actuel me suit depuis janvier 2015. Il m'a toujours donné des médicaments. Je les ai toujours pris et régulièrement, jusqu'à aujourd'hui. Mais à un moment donné, il a fallu changer les médicaments: c'était juste avant l'expertise. J'ai donc expliqué à la Dresse I\_\_\_\_\_ que si j'avais interrompu les médicaments, ce n'était pas parce que ma tête allait bien, mais parce que le médecin m'avait dit qu'il fallait faire une petite pause avant de recommencer avec un autre médicament. ». Or, contrairement à ce qu'il allègue, l'examinatrice a bien rapporté les explications de l'assuré, dans son anamnèse (rapport du 14 août 2017 page 7 dernier paragraphe – "*la dernière médication en date, soit le Floxyfral, est d'ailleurs en train d'être stoppé pour les mêmes motifs (absence d'effet sur les douleurs ni sur le bien-être en général). L'assuré évoque l'introduction prochaine de Saroten.*"). La phrase suivante exprime une autre idée, sans relation avec la précédente: l'examinatrice évoque ici le fait que la thérapie soit peu investie, car l'assuré affirme haut et fort que ses douleurs sont bien réelles et que la tête n'y est pour rien. Elle renvoie en cela aux rapports médicaux résumés précédemment et qui en font état, mais surtout pour plus de détails au contenu de l'entretien téléphonique qu'elle a eu avec le psychiatre traitant. On ne saurait y voir une contradiction, comme le suggère par ailleurs le recourant dans ses écritures.

d. Quant aux documents médicaux produits en procédure de recours, la chambre de céans rappelle que, selon la jurisprudence constante, le juge saisi d'un recours doit apprécier la situation et trancher le litige en fonction de l'état du dossier au moment où la décision a été rendue, et n'a, sauf exception non réalisée en l'espèce, pas de tenir compte des éléments nouveaux, et notamment d'éventuelle aggravation, survenues après la décision litigieuse, éléments devant faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. En l'espèce, les documents produits par le recourant – qui ont été soumis pour appréciation au SMR (notamment avis SMR des 29.3 et 24.4 2018 ) - sont soit légèrement antérieurs à la décision entreprise du 5 décembre 2017 (rapport de consultation du 10 novembre 2017 par le service de rhumatologie des HUG, mais qui n'apporte aucun élément nouveau, qui n'aurait pas été évalué avant la décision entreprise, ou susceptible de remettre en cause la crédibilité des examinateurs du SMR ou de rendre vraisemblable d'une aggravation de l'état de santé entre le rapport examinateur du 14 août 2017 et la décision entreprise du 5 décembre 2017), soit sont postérieurs à la décision entreprise, et n'entrent donc pas en ligne de compte dans l'examen du présent recours.

e. Au final, la chambre de céans considère dès lors, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, exigée en matière d'assurances sociales, qu'au vu des conclusions des examinateurs, le recourant, doit être considéré, à tout le moins dès fin mars 2015, comme pleinement capable de travailler, dans toute activité.

En conclusion sur ce point, on ne saurait donc faire grief à l'OAI de s'être fondé sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique des médecins spécialistes du SMR, et de se baser ainsi sur le rapport du 14 août 2017 pour rejeter la demande de prestations du recourant.

16. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles investigations complémentaires, notamment sous la forme expertise -, telle que sollicitée par le recourant, de même qu'il n'apparaît pas nécessaire de procéder à des auditions complémentaires, notamment des médecins traitants, lesquels se sont suffisamment exprimés par écrit, en procédure, y compris en procédure de recours (pour les réf. voir ci-dessus consid. 13 et 14).
17. Ainsi le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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