

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2796/2013

ATAS/1296/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à PLAN-LES-OUATES

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Par courrier du 22 décembre 2000, le Docteur L_____, spécialiste FMH en maladies allergiques, a déposé au nom et pour le compte de Monsieur A_____, né en 1974, une demande de prestations AI, au motif que son patient, exerçant la profession de peintre-carrossier, souffrait d'un asthme isocyanate. Le formulaire ad hoc a été rempli le 30 janvier 2001 et adressé à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI). L'assuré demande le reclassement dans une nouvelle profession.
2. Sur demande de l'OAI, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE) a indiqué le 26 février 2001 que l'assuré s'était inscrit à l'OCE le 1^{er} juillet 1996, que la dernière inscription datait du 1^{er} juillet 1999, qu'il avait travaillé, dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal (ETC) à l'Aéroport International de Genève comme ouvrier polyvalent du 1^{er} juillet 1998 au 30 juin 1999, et dans le cadre d'un emploi temporaire fédéral (ETF) chez X_____ du 3 octobre 2000 au 16 novembre 2000.
3. Dans un rapport du 29 juin 2001, le Dr M_____, chirurgien orthopédiste, a retenu le diagnostic de coxarthrose droite depuis début 2001, et estimé l'incapacité de travail à 100% à compter du 23 mars 2001. L'assuré pourrait en revanche exercer une autre activité à plein temps dans le domaine administratif et relationnel, ou avec manutention légère. Il doit éviter les longues stations debout, les accroupissements et les charges.
4. Le 17 mai 2002, le Dr M_____ a attesté de ce que l'état de santé était resté stationnaire. Il confirme que la capacité de travail en tant que peintre en carrosserie est « probablement nulle », mais que l'assuré pourrait travailler dans une activité adaptée, tel que travail sériel, administration, relationnel, entre 50 et 100%.
5. Dans son rapport du 5 juillet 2002, le Dr L_____ a confirmé le diagnostic d'asthme isocyanate depuis 1996, ainsi que celui d'allergie pollinique saisonnière (graminées / céréales) sans asthme d'accompagnement depuis plus de dix ans, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Il a fixé l'incapacité de travail à 100% comme peintre-carrossier depuis le 23 octobre 2000 ; une autre activité est exigible, à condition d'éviter toute exposition aux isocyanates. Il suggère une nouvelle réorientation professionnelle.
6. La division de réadaptation professionnelle de l'AI a établi un rapport le 6 février 2003. Il en ressort que

« *l'assuré* a entrepris un apprentissage de peintre en voitures qu'il a mené difficilement à terme, gêné dans la dernière année d'apprentissage par des allergies qui atteignaient surtout les yeux.

A l'époque, *l'assuré* ne consulte pas de spécialiste et ne revendique ni indemnités journalières pour changement d'occupation de la LAA ni la prise en charge d'une nouvelle formation de l'AI, ceci par manque d'information.

Une fois son CFC obtenu, il a émargé au chômage qui l'a indemnisé pendant 2 ans. *L'assuré* n'a pas exercé son métier plus de 2 jours de suite.

Placé à l'aéroport dans le cadre d'une occupation temporaire cantonale, *l'assuré* a travaillé dans la mécanique, l'électricité, le débarras des locaux. Gêné par la poussière, notre assuré garde cette occupation pour des raisons financières, bien qu'il soit obligé de porter un masque pour diminuer les allergies.

Un nouveau placement de six mois lui est proposé dans un atelier de fabrication de carrousels, à la Jonction.

Les allergies reprenant de plus belles, *l'assuré* décide alors de consulter un spécialiste qui va mettre en exergue des allergies à différents produits, aux poils d'animaux, à différentes denrées.

Le chômage lui refuse les cours d'anglais et d'informatique demandés et il prendra à sa charge 9 mois de cours à l'Ecole Migros, cours interrompus en raison de difficultés financières.

A cette époque, vient se greffer le problème de la hanche qui augmentera la difficulté de trouver un travail adapté.

Depuis juin 2002, *l'assuré* travaille bénévolement à Genève-Solidarité à raison de 3 x par semaine, les lundi, mercredi et vendredi, de 12 heures à 17 heures. (4 jours par semaine devraient être assumés dès février 2003, avec le même horaire)

Le stage effectué a permis de démontrer son intérêt et ses capacités à travailler dans le domaine du social. (...)

Nous avons adressé différents documents à *l'assuré*, le 05.02.2003 relatifs à des cours organisés par :

- le Cefoc (programme connu pour 2003)
- la Maison de la Médiation
- la Fondation des Oliviers (formation d'intervenants en dépendances)

afin que *l'assuré* puisse établir rapidement un programme de cours avec le soutien des éducateurs spécialisés travaillant à Genève-Solidarité.

Dans cette attente, nous proposons la prise en charge, au titre de formation professionnelle initiale, de la formation pratique dispensée à Genève-Solidarité dès le 01.06.2002.

Dans un premier temps, nous limitons le stage au 30.06.2003 avec possibilité de prolongation. »

7. Par décision du 13 février 2003, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une formation professionnelle initiale en qualité d'animateur socio-culturel auprès de Genève-Solidarité, du 1^{er} juin 2002 au 30 juin 2003.
8. Par courrier du 1^{er} décembre 2003, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait décidé de commencer dès août 2004 une formation d'assistant en soins et santé

communautaires. Le stage dispensé auprès de Genève-Solidarité a été prolongé jusqu'au 31 août 2004.

9. Dans une note du 28 septembre 2004, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a constaté que le métier d'aide familial était exclu, vu l'atteinte à la hanche.
10. Les 26 et 27 octobre 2004, le Dr N_____, médecine interne et maladies rhumatismales, a rappelé les diagnostics d'allergies à la peinture, et de coxarthrose débutante à droite, déclaré que l'état de santé était stationnaire, et ajouté que le patient était déjà en cours de reclassement professionnel. Il précise que le reclassement professionnel en tant qu'assistant en soins communautaires est adéquat pour autant que le port de lourdes charges et les efforts physiques soient évités vu les douleurs à la hanche droite. L'assuré ne peut pas non plus se tenir à genou ou accroupi, ne peut pas lever, porter ou déplacer des charges et effectuer des mouvements des membres ou du dos, ainsi que du travail en hauteur ou sur une échelle. Il doit également éviter de se baisser.
11. Par courrier du 3 novembre 2004, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que les possibilités d'emploi ultérieur pourraient être plus limitées que s'il avait suivi le cursus de l'Association Romande pour le Perfectionnement du Personnel d'Institutions pour Handicapés (ARPIH), et a émis quelques réserves s'agissant de la description du poste de travail, compte tenu de son atteinte à la hanche.
12. Par décision du 3 novembre 2004, l'OAI a accordé à l'assuré la prise en charge de la formation dispensée dans le cadre de l'école d'assistants en soins et santé communautaires du 23 août 2004 au 22 août 2007.
13. Dans son rapport du même jour, le service de réadaptation professionnelle de l'AI a indiqué que dans le cadre de sa formation, l'assuré suivait depuis trois jours un stage en qualité d'éducateur de rues, et qu'il en était enchanté.
14. Un entretien de suivi s'est déroulé le 20 octobre 2005, au cours duquel l'assuré a déclaré que le travail lui plaisait et qu'il ne rencontrait pas de difficultés physiques.
15. Un second entretien de suivi a eu lieu le 23 mars 2007. L'assuré a répété qu'il était satisfait de ce travail, et qu'il n'avait pas présenté de nouvelles allergies au niveau des mains. La hanche avait parfois été douloureuse au début le soir, parce qu'il devait marcher beaucoup, mais « ça allait », surtout depuis qu'il connaissait mieux le quartier et les adresses où il devait se rendre. Il envisageait de se déplacer à vélo.
16. Le 26 juillet 2007, l'assuré a appelé l'OAI pour annoncer qu'il avait réussi sa deuxième année, mais qu'il avait « un problème de santé qu'il préfèrera nous dévoiler lors d'un entretien à organiser d'urgence. Ce problème serait survenu il y a moins d'un mois, mais n'aurait pas pu nous être signalé avant (?) ».

17. Le 24 septembre 2007, l'assuré a informé l'OAI qu'il allait un peu mieux et qu'il avait normalement débuté les cours le 27 août 2007.

18. Par courrier du 8 octobre 2007, l'épouse de l'assuré a informé l'OAI que

« la situation ne peut plus durer ainsi.

En effet, depuis de nombreuses années que mon mari est malade et bien, son état de santé n'a fait qu'empirer.

Actuellement, mon mari n'arrive pas à suivre ses activités. Votre service veut qu'il soit formé à une activité professionnelle qui ne lui convient pas, ce n'est pas lorsqu'on a une coxarthrose dégénérative que l'on va pouvoir exercer une profession en qualité d'assistant en soins et en santé communautaire, autrement dit aide-soignant amélioré, pour moi c'est une aberration, car il a des douleurs atroces à sa hanche, c'est un malade parmi les malades.

Je tenais à vous faire savoir que les pressions financières subies par votre service, continuellement et chaque année, me sont insupportables; parce que c'est nous les victimes, c'est nous qui souffrons et c'est nous qui devons faire attention à ne pas craquer devant nos enfants.

Aujourd'hui, j'ai la figure en sang, les deux genoux à terre,... je suis l'épouse, l'infirmière, la mère et le père de mes enfants... je n'arrive plus... je n'arrive plus... à me battre. J'aimerais que votre service se positionne et que vous preniez une décision concrète pour mon mari, pour moi et pour notre famille ».

19. A la suite du courrier de l'épouse, le service de réadaptation professionnelle a contacté l'assuré qui a alors avoué avoir arrêté sa formation le 15 octobre 2007. Son médecin lui aurait conseillé d'arrêter une année pour lui permettre de reprendre le dessus et de suivre une psychothérapie.

20. Ordonné par l'OAI, un examen clinique psychiatrique au SMR a été effectué le 20 mars 2008 par la Dresse O_____.

L'examen comprend l'anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique avec un détail de la vie quotidienne. Le problème de santé auquel avait fait allusion l'assuré lors de son appel téléphonique du 26 juillet 2007 a été décrit comme suit :

« Le 2 juillet 2007, il présente un épisode de crise nécessitant un transport en urgence à l'Hôpital de La Tour où, après un bilan cardiologique rassurant, il reçoit un comprimé de Temesta et peut retourner le lendemain chez lui. Par la suite, il souffrira d'insomnie, d'inappétence, et de douleurs abdominales. L'occurrence de symptômes somatiques divers accompagnés d'anxiété, d'hypotension et de crises de tétanie, l'amène à consulter en urgence plusieurs hôpitaux et praticiens, pour finalement interrompre sa formation d'assistant en soins en octobre 2007. En raison d'une persistance des céphalées, un bilan extensif avec CT scan cérébral et électroencéphalogramme est pratiqué et est rassurant. L'assuré entreprend alors

auprès du psychiatre, B_____, un traitement depuis deux mois à une fois par semaine, et reçoit un antidépresseur. »

La Dresse O_____ n'a retenu qu'un seul diagnostic, sans répercussions sur la capacité de travail, celui de préoccupation hypocondriaque chez une personnalité avec traits peu matures. En conséquence, elle a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail entre le 2 juillet 2007 et octobre 2007, période durant laquelle des investigations avaient été nécessaires, mais qu'avant juillet 2007 et après octobre 2007, aucune atteinte psychiatrique à la santé ne pouvait justifier une incapacité de travail.

21. A la suite du rapport relatif à l'examen psychiatrique du 20 mars 2008, le service de réadaptation professionnelle de l'AI a reçu l'assuré le 18 avril 2008. Il s'est avéré que celui-ci ne se sentait pas en mesure de reprendre une activité, en tout cas pas dans le domaine de la santé, domaine pour lequel sa psychiatre trouvait qu'il était trop fragile et trop émotif. Il a expliqué qu'il ne faisait pas grand-chose de ses journées, et bougeait même le moins possible, car un rien l'épuisait. Il s'est plaint d'une fatigue extrême, de douleurs généralisées, de nausées, de vertiges, de maux de tête invalidants l'empêchant de lire et d'utiliser ordinateur, télévision, téléphone portable et sans fil. Au niveau physique en revanche, l'état était stationnaire.
22. Dans une note du 28 avril 2008, le médecin du SMR a constaté, sur la base du rapport de la Dresse O_____, que l'assuré ne présentait aucun trouble psychiatrique pouvant diminuer la capacité de travail, sauf entre le 2 juillet 2007 et le 15 octobre 2007 environ de façon partielle, et pas non plus d'atteinte à la santé invalidante avant juillet 2007 et après le 15 octobre 2007.
23. L'Office de réadaptation a considéré que la formation professionnelle initiale suivie en qualité d'assistant en soins et santé communautaires, avait été interrompue en raison de difficultés psychiques n'ayant pas valeur de maladie au sens de l'AI et a procédé à la détermination du degré d'invalidité. Il a pris en considération, s'agissant du revenu sans invalidité, le revenu moyen d'un peintre en voitures, profession à laquelle il se préparait (art. 26 al. 2 RAI), soit 73'710 fr. (ESS 2004, TA7, pour un homme exerçant une activité de niveau 3 - revenu réactualisé à 2006), et s'agissant du revenu avec invalidité, un revenu annuel de 59'197 fr. (ESS 2006, TA1, pour un homme exerçant une activité 4), ce qui donne un degré d'invalidité de 19,68%. Ce degré d'invalidité ne permet pas l'octroi d'une rente AI. D'autres mesures professionnelles ne sont par ailleurs pas justifiées, l'assuré n'estimant pas être en mesure de reprendre l'exercice d'une activité adaptée.

L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 5 mai 2008, aux termes duquel sa demande était rejetée, un degré d'invalidité de 20% n'ouvrant pas le droit à une rente.

24. Par décision du 5 juin 2008, l'OAI a confirmé ce projet.

25. Par courrier du 3 décembre 2008, l'épouse de l'assuré a sollicité de l'OAI la reconsidération de sa décision, faisant état de son désarroi face à une situation très difficile.

Elle communique à l'OAI un certificat établi par le Dr N_____ le 13 janvier 2009, selon lequel « son problème actuel est une coxarthrose bilatérale plus importante à droite qu'à gauche. En raison de son affection, l'assuré a eu par l'AI un reclassement professionnel. A l'avenir, son activité professionnelle devrait lui permettre d'éviter le port de lourdes charges, les positions accroupies et debout prolongées, et de monter ou descendre des escaliers de manière répétée ».

26. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a constaté, sur la base du certificat du Dr N_____ du 13 janvier 2009, que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

27. Le 11 mars 2009, l'OAI a dès lors informé l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière, ce qu'il lui a confirmé par décision du 4 mai 2009.

28. Par décision du 14 mai 2009, l'OCE a prononcé l'inaptitude de l'assuré au placement, dès le 20 mars 2009, étant rappelé que dans son rapport final du 19 mars 2009, INTEGRATION POUR TOUS (IPT) avait conclu qu'au vu de la problématique de santé de l'assuré, pour laquelle celui-ci mobilisait toute son énergie pour la faire reconnaître, il paraissait difficilement envisageable de l'accompagner dans un processus de réinsertion professionnelle. En effet, lors de son deuxième entretien avec IPT, l'assuré avait assuré que ses limitations de santé l'empêchaient de suivre la mesure qui risquait de péjorer de façon irréversible sa santé. IPT lui avait tout de même proposé de participer aux ateliers qui auraient été bénéfiques à sa réinsertion professionnelle, ce que l'assuré avait refusé et ce qui avait contraint IPT à fermer son dossier.

29. Par courrier du 28 février 2011, l'épouse de l'assuré s'est à nouveau adressée à l'OAI demandant à ce que le dossier soit réexaminé.

30. Faisant suite à ce courrier, l'OAI a indiqué qu'il restait dans l'attente de nouveaux documents médicaux attestant l'aggravation de l'état de santé.

31. L'épouse de l'assuré a transmis un certificat du Dr P_____, du 26 avril 2011, selon lequel « depuis 2007, l'état de santé général de l'assuré n'a fait que de se dégrader. Il souffre également de diverses douleurs articulaires (genoux, hanche et coude) dont les analgésiques ne suffisent plus à soulager. A l'avenir, ses activités quotidiennes devraient lui permettre d'éviter le port de lourdes charges, de même que les positions accroupies et debout prolongées, de monter et descendre les escaliers de manière répétée ».

L'épouse sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité « afin que mon mari puisse retrouver un petit peu de dignité et nous, sa famille, femme et ses enfants, un petit peu de soutien ».

32. Un examen clinique rhumatologique par le SMR a été décidé. Il a été réalisé le 22 novembre 2011 par le Dr Q_____, médecine physique et réadaptation FMH. Ce médecin a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, une coxarthrose bilatérale plus importante à droite et des lombalgies mécaniques débutantes sur troubles dégénératifs, et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, des préoccupations hypocondriaques chez une personnalité avec traits peu matures (examen psychiatrique de la Dresse O_____ du 27 février 2008).

« L'assuré met en avant une symptomatologie douloureuse constante sur la hanche droite et fluctuante en ce qui concerne la hanche gauche et le rachis lombaire. Il évalue sa symptomatologie douloureuse à 8/10 de façon continue, raison pour laquelle il se déclare dans l'incapacité d'envisager une activité professionnelle même adaptée à un taux de 100%.

L'examen ostéoarticulaire met en évidence une diminution de la mobilité des deux hanches dans les mouvements de flexion et rotation, avec une prédominance pour la droite. Le reste de l'examen est sans problème, hormis quelques éléments d'hyperlaxité ligamentaire dans un contexte de dysbalance musculaire et de déconditionnement.

L'examen neurologique est dans les limites de la norme physiologique.

A signaler la présence de 12 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie et la présence de 2 signes sur 5 selon Waddell, en faveur d'un processus à caractère de non-organicité (signes comportementaux).

Le reste de l'anamnèse met en avant des allégations, et une « hypersensibilité aux ondes électromagnétiques » à l'origine de céphalées, nausées, vomissements, lui interdisant de sortir de chez lui.

La documentation radiologique succincte mise à disposition confirme une coxarthrose bilatérale prédominant à droite. Un complément d'investigation radiologique est mandaté sous la forme d'une radiographie du rachis lombaire faceprofil, du bassin de face et des hanches axiales. Ces clichés confirment la présence d'une coxarthrose bilatérale plus importante à droite pouvant être considérée comme sévère au vu de l'âge de l'assuré, associée à des troubles dégénératifs débutants au niveau du rachis lombaire. (...)

Le facteur limitant à une reprise d'activité professionnelle chez cet assuré est le trouble de la personnalité immature, avec un comportement à caractère hypochondriaque (allégations d'hypersensibilité aux ondes électromagnétiques l'empêchant de sortir de chez lui). »

Le Dr Q_____ a retenu les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires suivantes :

« Absence de port de charges de 5 kg de façon répétitive et occasionnel au-delà de 15 kg. Pas de position statique assise au-delà de l'heure sans possibilité de varier les positions au minimum 1 x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position statique debout immobile prolongée, diminution du périmètre de marche à 1/2 heure – 3/4 heure. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas d'activités nécessitant des mouvements brusques en rotation interne ou externe au niveau des deux hanches. Pas d'activités sur terrain instable ou en hauteur. »

Il a indiqué que

« Sur la base de l'anamnèse fournie, des documents mis à disposition et de l'examen clinique de ce jour au SMR, cet assuré présente une coxarthrose considérée comme avancée pour son âge, à droite déjà depuis 2001. La réadaptation professionnelle en tant qu'assistant en soins communautaires, est contre indiquée (cf. les préavis négatifs du Dr R_____ de l'époque). »

Selon lui, l'incapacité de travail est restée inchangée en ce qui concerne ses activités antérieures de peintre en carrosserie ou en tant qu'assistant en soins communautaires : 0%.

Toute forme d'activité, qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles, est possible sur le plan ostéoarticulaire à un taux de 100% sans diminution.

Par rapport à la 1^{ère} demande de prestations AI, l'état de santé de cet assuré s'est dégradé avec une progression des troubles arthrosiques. Cette dégradation des troubles arthrosiques n'entraîne pas de modifications significatives en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée. »

Le Dr Q_____ a, au vu de ces constatations, conclu à une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle (de peintre-carrossier et d'assistant en soins communautaires) et à une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 100% depuis 2001.

33. Afin de déterminer le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie, l'OAI a considéré qu'une expertise psychiatrique se justifiait, qu'il a confiée à la Dresse O_____. Celle-ci a dès lors établi un rapport complémentaire le 5 juillet 2012. Seul un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail a été retenu, soit l'annonce d'une hypersensibilité aux ondes électromagnétiques associée à des notions de fatigue chronique, de nausées, de vertiges, de douleurs abdominales et de céphalées au quotidien. Le médecin indique par ailleurs que

« étant donné que le rapport d'examen rhumatologique réalisé par le Dr Q_____ le 22 novembre 2011 met en évidence des signes de fibromyalgie (12 points sur 18 selon Smythe), les critères jurisprudentiels de gravité ont été évalués comme suit : l'assuré n'a pas de comorbidité psychiatrique, les affections

corporelles chroniques sont dûment investiguées dans le rapport d'examen rhumatologique. Elles imposent des limitations fonctionnelles clairement établies. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Le processus maladif s'étend depuis de nombreuses années, puisque les premières mises en arrêt de travail datent de 1996. Le processus défectueux de résolution de conflits pourrait être mis en corrélation avec un rôle actif au domicile, l'intéressé gardant ses enfants chez lui depuis 2003. Les traitements conformes aux règles de l'art semblent être pris d'une manière irrégulière, au vu des dates de péremption des emballages. Il n'y a pas de signe de non-coopération ».

Selon la Dresse O _____ en conséquence, une activité adaptée à l'invalidité peut être exercée du point de vue psychiatrique à plein temps sans diminution de rendement.

34. Dans une note du 10 août 2012, le médecin du SMR a pris connaissance du complément d'expertise de la Dresse O _____, l'a considéré comme clair et convaincant, et a dès lors retenu dans l'activité habituelle une capacité de travail entière du point de vue psychiatrique, et nulle sur le plan rhumatologique, et une capacité de travail entière depuis septembre 2001 dans une activité adaptée.
35. L'OAI a procédé à une nouvelle détermination du degré d'invalidité. Il a tenu compte d'un revenu avec invalidité de 57'019 fr. et d'un revenu sans invalidité de 67'107 fr. avec une réduction de 10% accordée en raison des limitations fonctionnelles.

L'OAI a ainsi informé l'assuré le 20 mars 2013 qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, compte tenu d'un degré d'invalidité de 24%.

36. Le 28 mars 2013, l'assuré a contesté ce projet de décision.
37. Le 10 mai 2013, son épouse a transmis un rapport du Dr S _____, médecin-dentiste et naturopathe, daté du 27 mars 2013, selon lequel

« venu en consultation la première fois le 14 juillet 2008, suite à un violent trouble de l'équilibre, des troubles visuels, difficultés à fixer le regard et mouches volantes, un acouphène bilatéral, des crises de tétanie, des douleurs et fourmillements dans les membres, une gêne respiratoire importante, une angoisse chronique et un état psychique très abattu. Présence d'une forte électro-sensibilité à divers types d'ondes électromagnétiques. En traitement de nutripuncture, d'homéopathie et de neuro-acupuncture auriculaire à mon cabinet de manière assidue et assez régulière jusqu'à ce jour, avec des périodes d'interruption. Il y a eu en tout 43 consultations de ¼ d'heure à une heure. Aujourd'hui, nette amélioration de son identité émotionnelle, de sa « tonicité » psychique, moins de vertiges, vision un peu améliorée, mais toujours vacillante, avec des maux de tête chroniques, surtout en

fixant un écran. Il subsiste essentiellement une impossibilité à fixer un texte de manière même peu prolongée, rendant la lecture quasi impraticable. »

L'épouse de l'assuré a commenté ce rapport et précisé qu'il n'y aurait en réalité pas eu une nette amélioration de sa tonicité, sachant que lors de la première consultation, il était grabataire et ne tenait pas debout (« à tel point que je me réveillais la nuit pour voir si mon mari n'était pas mort »). Elle signale une autre erreur commise par le Dr S_____, portant sur la durée des consultations, lesquelles durent en réalité de 30 minutes à 1 heure 30. Elle demande l'octroi d'une rente d'invalidité pour son époux, « car c'est son droit et qu'il en a besoin pour survivre aujourd'hui à Genève. »

38. Dans une note du 31 juillet 2013, le service de réadaptation a considéré que des mesures professionnelles n'étaient plus indiquées, l'assuré faisant valoir qu'il remplissait les conditions pour une rente. Il relève que l'assuré est persuadé d'être en incapacité de travail et revendique dans son « opposition » une compensation financière. L'attitude subjective n'est donc pas remplie, des mesures de réadaptation seraient vaines. Elles ont d'ailleurs été tentées à plusieurs reprises. Dans son courrier du 28 mars 2013, l'assuré indique du reste clairement qu'il est d'accord avec le refus de réadaptation.
39. Par décision du 12 août 2013, l'OAI a confirmé son refus d'accorder à l'assuré une rente - le degré d'invalidité de 24% n'étant à cet égard pas suffisant -, et des mesures professionnelles.
40. Le 15 août 2013, l'épouse de l'assuré a contesté le degré d'invalidité retenu, affirmant que « le droit à la rente pour l'assuré désormais doit être reconnu, parce que l'assuré remplit toutes les conditions pour l'octroi d'une rente et parce que nous souffrons tous au quotidien dans cette famille, et que cette situation familiale révoltante et inacceptable ne peut plus durer ainsi ».
41. L'assuré a interjeté recours le 31 août 2013 contre la décision du 12 août 2013. Il conclut à l'octroi d'une rente d'au moins 60%.
42. Dans sa réponse du 27 septembre 2013, l'OAI, se référant à l'examen clinique rhumatologique du 22 novembre 2011 et sur l'expertise psychiatrique complémentaire du 5 juillet 2012, a conclu au rejet du recours.
43. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis 2008.
5. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à

l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

Au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise - s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer -, le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée (ATF non publiés)

9C_732/2012 du 26 novembre 2012, consid. 4.2 et 9C_661/2009 du 29 septembre 2009, consid. 3.2).

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).

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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. 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).
9. En l'espèce, l'OAI avait, par décision du 5 juin 2008, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité était de 20%. Il s'était fondé sur les conclusions de la Dresse O _____ du 20 mars 2008, aux termes desquelles l'assuré ne présentait aucune atteinte psychiatrique à la santé, et partant, aucune incapacité de travail, en dehors d'une période s'étendant entre juillet et octobre 2007, période durant laquelle il avait fait l'objet d'investigations médicales à la suite d'une crise d'anxiété survenue le 2 juillet 2007. Aussi l'OAI avait-il considéré que la formation professionnelle initiale d'assistant en soins et santé

communautaires avait été interrompue en raison de difficultés psychiques n'ayant pas valeur de maladie au sens de l'AI.

L'OAI avait également refusé la prise en charge d'une nouvelle mesure de réadaptation professionnelle, au motif que l'assuré n'estimait pas être en mesure de reprendre l'exercice d'une activité adaptée.

Le 4 mai 2009, l'OAI avait refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de l'assuré datée du 3 décembre 2008, considérant que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

10. L'assuré a à nouveau déposé une demande auprès de l'OAI le 18 mai 2009.

Dans le cadre de l'instruction menée par l'office, le Dr Q_____ a procédé à un examen clinique rhumatologique le 22 novembre 2011. Les diagnostics de coxarthrose bilatérale plus importante à droite et de lombalgies mécaniques débutantes sur troubles dégénératifs, ont été confirmés. Le médecin a par ailleurs signalé la présence de 12 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie et la présence de 2 signes sur 5 selon Waddell, en faveur d'un processus à caractère de non-organicité (signes comportementaux). Il a retenu une incapacité de travail nulle dans l'activité antérieure, mais considère qu'une activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles, soit absence de port de charges de 5 kg de façon répétitive et occasionnel au-delà de 15 kg, pas de position statique assise au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions, pas de position statique debout immobile prolongée, etc., est possible sur le plan ostéo-articulaire à 100% sans diminution de rendement.

Vu le diagnostic de fibromyalgie posé, l'OAI a confié à la Dresse O_____, psychiatre, le soin d'examiner à nouveau l'assuré. Elle a ainsi examiné plus particulièrement les critères jurisprudentiels qui doivent être réalisés pour qu'une fibromyalgie puisse être considérée comme invalidante, et a considéré que tel n'était pas le cas, de sorte qu'elle a estimé que l'assuré pouvait travailler à plein temps du point de vue psychiatrique, ce sans diminution de rendement.

11. Force est de constater que les rapports des Drs Q_____ et O_____ remplissent tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de leur attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont procédé à un examen complet et effectué une anamnèse détaillée. Leurs conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical, sont claires et motivées, de sorte qu'il n'y a en principe pas lieu de s'en écarter.

Le rapport du Dr S_____ du 27 mars 2013 produit par l'assuré, ne permet pas de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2008 et partant de s'écarter des conclusions des Drs Q_____ et O_____.

12. Aussi force est-il de constater que l'assuré est certes incapable de travailler à 100% dans ses activités antérieures de peintre-carrossier et d'assistant en soins communautaire, qu'il peut toutefois travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité tel que calculé par l'OAI ne peut ainsi être que confirmé. Or étant de 24%, il ne permet pas l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il est en revanche suffisant pour prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle. L'OCAI a cependant refusé d'envisager de telles mesures, au motif qu'elles seraient inutiles, en raison du manque de motivation de l'assuré et dans la mesure où celui-ci est lui-même convaincu d'être totalement incapable de travailler.

La personne assurée doit en effet être susceptible d'être réadaptée, c'est-à-dire qu'elle doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle (Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel N° 4001 et ss.; RCC 1992, p. 386).

Dès lors, quand bien même il n'est pas contesté que des mesures de réadaptation professionnelle pourraient être prises en charge, il n'apparaît pas judicieux de mettre en place de nouvelles mesures, l'assuré n'étant pas suffisamment motivé pour les entreprendre. Aussi le recours doit-il être également rejeté sur ce point.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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