

GE_GERICHTE ATAS/1178/2018 vom 18. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1178_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1178/2018 du 18 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1178/2018 del 18 dicembre 2018

Erwägungen

E. 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), la CJCAS 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 38 al. 3 et 4 let. c et art. 60 LPGA). Dûment complété dans les délais impartis, il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touché par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable.

E. 2

Il est dirigé contre la décision de l'intimé du 17 novembre 2017, qui, nonobstant sa brièveté, ne fait pas que de rejeter la troisième demande de prestations présentée par le recourant, le 23 juin 2016, faute d'éléments nouveaux survenus après que l'intimé lui eut déjà nié le droit à des prestations de l'AI par une décision du 26 septembre 2011, non attaquée et entrée en force, et eut refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations, du 4 mars 2013, par une décision du 11 septembre 2013, elle aussi non attaquée et entrée en force. La décision du 17 novembre 2017 nie le droit du recourant à des prestations de l'AI faute d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI, et non simplement en raison d'une absence

A/4845/2017 - 12/23 - de motif de révision de la décision du 26 septembre 2011 au sens de l'art. 17 LPGA.

E. 3

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter,

dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). 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). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi ci-dessous consid. 5b et c ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

A/4845/2017 - 13/23 -

E. 4

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD FELLAY / Romolo MOLO [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en

A/4845/2017 - 14/23 - considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss).

E. 5

a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 du médecin soient bien motivées (ATF

134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. 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).

A/4845/2017 - 15/23 - De façon générale, une pleine valeur probante peut être attribuée 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c/bb. Selon l'art. 59 al. 2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. L'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les art. 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5ème révision de la LAI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leur connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, il est possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences ; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR. Ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier ; le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009). Leurs rapports ne posent alors pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent une appréciation sur celles déjà existantes ; aussi ne doivent-ils pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer

A/4845/2017 - 16/23 - et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/cc. 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). c/dd. 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. À 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).

E. 6

a. En l'espèce, il appert que l'intimé n'a pas rendu la décision attaquée et ainsi statué sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant sans avoir pris soin de faire procéder préalablement à une expertise médicale de ce dernier, en septembre-octobre 2017, comme d'ailleurs – sied-il d'indiquer bien que la question déborde du cadre de l'objet possible du recours, qui ne saurait être dirigé contre la décision du 26 septembre 2011 – il en avait fait faire une, en juin-juillet 2011, après que le TCAS lui avait renvoyé le dossier pour instruction complémentaire. Pour rendre la décision attaquée comme d'ailleurs celle du 26 septembre 2011, l'intimé ne s'est pas appuyé sur de simples avis médicaux du SMR, qui synthétiseraient le dossier médical et porteraient une appréciation sur les rapports médicaux figurant au dossier et leurs conclusions. Comme l'était le rapport de la Dresse I _____ du 20 juillet 2011 (portant sur le seul volet psychiatrique du cas), le rapport du 24 octobre 2017, quant à lui bi-disciplinaire (portant sur les volets rhumatologique et psychiatrique du cas) constitue un rapport d'expertise, qu'il est loisible à l'intimé de requérir du SMR comme d'autres centres d'expertises médicales. De tels rapports d'expertise ne se trouvent pas disqualifiés par le fait qu'ils émanent de médecins rattachés à l'intimé. Ces derniers sont indépendants dans l'évaluation des cas d'espèce.

A/4845/2017 - 17/23 - C'est le lieu de relever, bien que la question soit dépassée, qu'en lui renvoyant la cause pour instruction complémentaire sur l'aspect psychiatrique du cas, le TCAS n'avait pas ordonné à l'intimé de confier une expertise psychiatrique à un expert indépendant, mais d'abord de solliciter l'avis des médecins traitants (ce qu'il a fait en recueillant les avis du Dr C _____ et du CMD-HUG), puis, « le cas échéant » (expression à comprendre comme signifiant si nécessaire, et l'intimé a estimé que c'était nécessaire), de mettre en place une expertise psychiatrique, sans nullement exclure que le SMR y procède. La question déterminante est de savoir si le rapport d'expertise (en l'occurrence) du 24

octobre 2017 satisfait aux exigences jurisprudentielles prévalant en la matière. b. Ce rapport d'expertise a été établi dans les deux disciplines médicales pertinentes, à savoir la rhumatologie et la psychiatrie, et l'expertise a été effectuée par des spécialistes desdites disciplines. Ces derniers ont tous deux procédé à un examen clinique du recourant, et ils ont étudié le dossier médical de ce dernier. Le dossier dont ils ont disposé apparaît comporter les pièces pertinentes nécessaires (en particulier l'IRM de la colonne dorsolombaire du 11 décembre 2015, étant ajouté qu'un rapport relatif à un examen du CMD-HUG [ou du CP-HUG] du 24 mars 2014, non mentionné dans le rapport d'expertise précité, ne constitue pas matériellement une pièce essentielle dès lors qu'il est résumé dans le rapport du

E. 9

a. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques – comportant les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1) – pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in *Regards de marathoniens sur le droit suisse*, 2015, p. 409 ss). b. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281

A/4845/2017 - 20/23 - consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATAS/1176/2017 du 21 décembre 2017 consid. 5 ; ATAS/551/2017 du 27 juin 2017 consid. 5 ; ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 6). Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. c. Il y a lieu de relever que le Tribunal fédéral a étendu à toutes les affections psychiques l'applicabilité de la grille d'analyse établie par sa jurisprudence précitée sur les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (ATF 143 V 409 consid. 4.2.1).

A/4845/2017 - 21/23 -

E. 10

a. En l'espèce, il s'impose de relever que – comme cela est exposé aux pages 8 s. et 10 s du rapport d'expertise (ad respectivement status psychiatrique et appréciation du cas sur le plan psychiatrique) – l'examen clinique du recourant n'a pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur, ni de symptômes d'abus médicamenteux ou de consommation de drogues. Le recourant ne présentait pas d'agitation psychomotrice, ni de foetor alcoolique, ni de signes de sevrage, ni d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution du plaisir, de sentiment de dévalorisation, de culpabilité ou de persécution, ni de fatigue. Le recourant n'avait jamais fait de tentative de suicide et ne verbalisait pas d'idées suicidaires ; les quelques traits

dépressifs se manifestant à la confrontation à ses difficultés étaient trop discrets pour justifier de retenir un trouble spécifique de ce registre. Le recourant ne présentait pas d'angoisse persistante, ni d'attaque de panique, ni d'anxiété généralisée, ni non plus d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. L'experte n'avait pas non plus objectivé de symptômes de la lignée psychotique en faveur d'une décompensation psychotique, ni d'éléments dénotant un état de stress post-traumatique, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble dissociatif. b. Il appert par ailleurs que le recourant a une vie sociale, assume les activités de la vie quotidienne. Ainsi, d'après la description qu'il a faite de sa vie quotidienne (p. 6 du rapport d'expertise), après le lever entre 5h00 et 9h00, il mange une tranche de pain, puis, en cours de matinée, il fait des promenades, va en ville ou passe du temps dans un parc, et il voit régulièrement ses voisins, avec lesquels il boit un café, discute et entretient un bon contact. Il mange seul à midi chez lui, parfois mange une pizza en ville, puis il se promène, s'arrête boire un café, parfois va à la bibliothèque. À la maison, il s'occupe du ménage, fait la lessive, du repassage et passe l'aspirateur, occasionnellement. Il fait ses emplettes deux fois par semaine. Après son divorce, il avait eu une relation sentimentale, mais celle-ci avait pris fin quelques mois avant l'expertise. Il avait passé des vacances dans son pays d'origine, le Kosovo, à tout le moins en 2016 et 2017. c. L'experte a constaté chez le recourant une nette amplification verbale de ses plaintes somatiques, sans comportement algique, accompagnée d'un sentiment de désarroi et de colère. Comme cela a déjà été relevé, tant son co-expert que les médecins du recourant ont eux aussi été frappés par un manque de cohérence entre les plaintes du recourant et tant les résultats des auscultations et examens cliniques que l'observation de son comportement. d. Il s'avérait ainsi qu'il n'y avait pas non plus d'atteinte psychiatrique incapacitante, en particulier pas de trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail et de gain, au regard des indicateurs dégagés par la récente jurisprudence du Tribunal fédéral. Force est de retenir en particulier une absence d'atteinte à la santé, une absence de comorbidité psychiatrique, la présence de ressources personnelles et sociales

A/4845/2017 - 22/23 - mobilisables, ainsi qu'un manque de cohérence entre les plaintes émises par le recourant et les résultats des examens et analyses ainsi que l'observation de son comportement. e. La chambre de céans ne voit pas non plus de raison de ne pas retenir les conclusions de l'experte psychiatre, soit, plus généralement, de l'appréciation consensuelle que les deux experts ont faite du cas.

E. 11

On ne saurait retenir que le recourant est invalide, d'un point de vue tant somatique que psychiatrique. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a rejeté la (nouvelle et troisième) demande de prestations présentée par le recourant. Le recours de ce dernier doit être rejeté.

E. 12

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), en dérogation au principe, posé par l'art. 61 let. a LPGA, de la gratuité des procédures devant le tribunal cantonal des assurances. Toutefois, le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance juridique, il y a lieu de renoncer à le condamner au paiement d'un émolument. Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni au recourant, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61). * * * * *

A/4845/2017 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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