

GE_GERICHTE ATAS/409/2016 vom 24. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_409_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/409/2016 du 24 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/409/2016 del 24 maggio 2016

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), en vigueur depuis 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). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant précisé que le délai de recours a été suspendu du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA), tombé en 2015 sur le 5 avril. Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut

A/1431/2015 - 17/33 - de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en

règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

E. 3

a. 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, 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). b. 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). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). La jurisprudence a néanmoins établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux (cf. consid. 7).

A/1431/2015 - 18/33 - c. 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).

E. 4

Le recourant prétend à l'octroi de prestations de l'AI, en particulier – d'après les conclusions de son recours, dont il sied de relever qu'elles ont varié – à une rente d'invalidité (une rente entière ou au moins une demi-rente) ou à des mesures d'ordre professionnel. L'intimé a nié tout droit du recourant à de telles prestations, l'estimant pleinement capable d'exercer une activité lucrative, sous réserve du respect de limitations fonctionnelles consistant à ne pas devoir porter de charges de plus de huit kilos, que ce soit dans son activité habituelle de chauffeur de poids-lourd ou dans une autre activité adaptée.

E. 5

Au titre des prestations que prévoit la LAI figurent les mesures de réadaptation, qui sont destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI). L'octroi de ces mesures 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, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). La LAI prévoit, à ses art. 15 ss, plusieurs mesures d'ordre professionnel, à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel, le placement, l'allocation d'initiation au travail, l'aide en capital, les indemnités journalières (art. 5 à 7 RAI ; Pierre-Yves GREBER, *op. cit.*, n. 287 ss ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 1615 ss, 1626 ss, 1674 ss, 1717 ss, 1732 ss, 1739 ss). Quant à lui, 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

A/1431/2015 - 19/33 - un quart de rente, une demie 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). Les deux types de prestations (mesures de réadaptation et rente) font référence à la notion d'invalidité.

E. 6

a. 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 de travail 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). b. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). 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, 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 que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler, et à déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/1431/2015 - 20/33 - c. L'exigence d'un fondement médical à l'invalidité vaut aussi pour les mesures de réadaptation, non seulement pour les mesures médicales (art. 12 s. LAI ; ATAS/427/2015 du 16 juin 2015 consid. 6a), mais également pour les mesures d'ordre professionnel, puisque, de façon générale, l'assuré doit être invalide ou menacé d'invalidité pour avoir droit à de telles mesures, à teneur même de l'art. 8 al. 1 LAI, qui, à l'instar de l'art. 4 al. 1 LAI, renvoie à la définition générale de l'invalidité figurant à l'art. 8 LPGA. Cependant, pour l'octroi de mesures de réadaptation, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité ; il suffit que sa nature et sa gravité soient telles qu'elle puisse ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI), et il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain (art. 1 novies RAI ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 260 s. ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1324 ss).

E. 7

a. La jurisprudence a développé des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, devant guider l'administration et le juge dans l'exercice de leur libre pouvoir d'appréciation des preuves. b. 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 125 V 351 consid. 3). c. 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 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). Un rapport d'un SMR de l'AI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (art. 59 al. 2bis LAI et art. 49 al. 1 RAI). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Un tel rapport ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales, et il n'est pas dépourvu de toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une

A/1431/2015 - 21/33 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). d. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en

A/1431/2015 - 22/33 - infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 8

a. En l'espèce, la capacité de travail et de gain du recourant a déjà été déclarée temporairement nulle dans toute activité, du 17 juin 2009 au 30 juin 2010, essentiellement pour des motifs psychiatriques, sur la base d'une expertise, qui avait cependant d'emblée envisagé une perspective de reprise d'une activité professionnelle. À l'époque, le spécialiste en médecine interne et en rhumatologie (soit le Dr A_____, dans son rapport du 17 février 2010) avait certes évoqué des rachialgies diffuses post-traumatiques, mais – au demeurant sans que ni le recourant ni l'experte psychiatre D_____ du CEMed ne contredisent cette appréciation – ces atteintes somatiques étaient alors sans effet sur la capacité de travail du recourant. De fait, dès le 1er juillet 2010, ce dernier a repris une activité professionnelle à plein temps, celle de chauffeur de poids-lourds, sans faire état, même a posteriori, de problèmes liés à des troubles somatiques, en particulier au niveau du rachis, antérieurs à l'accident de la circulation routière qu'il a eu le 25 novembre 2010. Il n'est pas contesté ni contestable que le recourant a disposé à nouveau d'une pleine capacité de travail dès le 1er juillet 2010, jusqu'à cet accident.

b. Cela n'exclut pas en soi que des atteintes à la santé, notamment au niveau du rachis, aient pu être antérieures à cet accident, ainsi que tend à le démontrer l'IRM pratiquée le 23 décembre 2010, et s'être révélées incapacitantes, ne serait-ce que temporairement, depuis l'époque de cet accident (d'un point de vue chronologique) ou même du fait de cet accident (d'un point de vue causal). Il n'est par ailleurs pas déterminant, dans la perspective de l'octroi de prestations de l'AI, que le recourant ait fondé sa seconde demande de prestations, du 8 juin 2011, sur ses seuls problèmes de rachis et qu'en cours de procédure lui-même, personnellement, a eu tendance à nier souffrir d'autres atteintes à la santé, en particulier d'ordre psychiatrique (à l'inverse de son mandataire, dans sa prise de position du 21 juillet 2012 sur le projet de décision de l'intimé du 14 juin 2012, et par sa demande du 25 avril 2013 que l'expertise que l'intimé entendait confier uniquement à un rhumatologue soit une expertise pluridisciplinaire réalisée par un rhumatologue et un psychiatre, ainsi que l'intimé l'a accepté, le 11 juin 2013, se décidant finalement même à faire expertiser le recourant en plus par un spécialiste en médecine interne). Le projet de décision que l'intimé a adressé au recourant le 14 juin 2012 (trois jours après que son mandataire se fût enquis de l'état d'avancement du traitement de la demande de prestations) n'était pas satisfaisant, dans la mesure où, sous prétexte que l'AI se coordonnait avec l'assureur-accident dans le cas d'un accident, il retenait simplement que le recourant ne présentait plus, depuis le 30 juin 2011, de séquelles somatiques dues à l'accident du 25 novembre 2010, ignorant

A/1431/2015 - 23/33 - implicitement tant des problèmes somatiques préexistants ayant pu commencer à se manifester (même sans encore impacter la capacité de travail du recourant) que des problèmes psychiques. Il serait d'autant plus critiquable d'ignorer ces éléments que le rejet de la première demande de prestations de l'AI, en date du 1er septembre 2010, a été motivé par la tardiveté du dépôt de la demande, ayant fait obstacle à la naissance du droit à une rente (certes temporaire), d'une part, et que le projet de décision du 14 juin 2012 retenait que le recourant, d'un point de vue centré sur l'assurance-accident, n'avait pas présenté une année entière d'incapacité de gain, d'autre part. De façon également peu satisfaisante, le libellé de ce projet de décision a certes été repris dans la décision présentement attaquée du 18 mars 2015, mais en réalité, l'intimé avait, dans l'intervalle, mené d'importantes investigations complémentaires sur le résultat desquelles il y a lieu de retenir qu'il s'est fondé pour rendre ladite décision, bien davantage que sur le fait que le recourant ne se serait pas trouvé en incapacité de travail durant au moins une année en lien

avec l'accident considéré. C'est bien la question matérielle de savoir si, à la date de la décision attaquée (soit au 19 mars 2015), le recourant était invalide ou – s'agissant de mesures d'ordre professionnel – menacé d'invalidité qui a été tranchée par la négative par l'intimé, et qui constitue l'objet du présent recours. Pour économique que soit la notion d'invalidité, ce ne sont pas moins, en l'espèce, essentiellement au regard de considérations médicales qu'il y a lieu de se prononcer sur cette question litigieuse, en application des principes susrappelés encadrant l'exercice du libre pouvoir d'appréciation du juge des assurances sociales et du degré de preuve requis.

E. 9

a. Si la problématique d'une prise en charge par l'assureur-accident se pose en des termes différents que pour une prise en charge par l'intimé (à savoir est axée sur les conséquences d'un événement accidentel en matière d'assurance-accident, alors que l'ensemble des atteintes à la santé doit être pris en considération en matière d'AI), les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure s'étant déroulée devant l'assureur-accident entrent en ligne de compte dans la procédure relative à l'AI. Encore faut-il – au demeurant pour eux comme pour les documents médicaux produits dans le cadre de la procédure en matière d'AI – distinguer ceux qui décrivent simplement des faits (en particulier font état d'atteintes à la santé) – notamment les rapports de radiologie (IRM ou/et ENMG) – de ceux qui, dans la sphère de compétence des médecins, les complètent par une appréciation de l'impact de ces faits sur la capacité de travail et de gain et sur les limitations fonctionnelles de l'intéressé, appréciation fondée sur une étude approfondie et des examens complets comprenant une anamnèse dûment établie, l'écoute des plaintes exprimées, l'auscultation et l'observation. b. En l'espèce, non comprise l'expertise psychiatrique effectuée par la Dresse D_____ du CEMed (ayant rendu son rapport le 27 mars 2010) dans le cadre de la première demande de prestations de l'AI présentée par le recourant, ce dernier a fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires, à savoir de l'évaluation

A/1431/2015 - 24/33 - interdisciplinaire d'avril 2011 à la CRR effectuée par une physiothérapeute diplômée (Mme F_____), un neurologue (le Dr G_____), un psychiatre- psychothérapeute (le Dr H_____) et une interniste et rhumatologue (la Dresse I_____), ainsi que de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en juin 2014 au CEMed par des spécialistes respectivement en médecine interne (le Dr W_____), en psychiatrie et psychothérapie (le Dr X_____) et en rhumatologie (le Dr Y_____). Déjà d'un point de vue formel, en plus qu'ils émanent de médecins spécialisés dans les disciplines médicales pertinentes au regard des atteintes à la santé alléguées par le recourant, ces deux rapports d'expertise satisfont sans conteste aux exigences jurisprudentielles, en tant qu'ils comportent et exposent – tout particulièrement celui du CEMed du 29 septembre 2014, estimé déterminant par l'intimé – un résumé du dossier, les données subjectives (anamnèse et plaintes), le status rhumatologique (neurologique et ostéoarticulaire) et le statut psychique et les examens et autres données recueillis, puis procèdent à une synthèse et discussion approfondie du cas et formulent des conclusions. D'un point de vue matériel, même en le comprenant, ainsi qu'il le faut, à l'aune des questions plus ciblées et limitées qu'il y avait alors lieu de résoudre au regard de l'assurance-accident, force est de constater que le rapport d'évaluation de la CRR du 8 avril 2011, doublé de l'auscultation et examen effectués le 23 mai 2011 par le médecin d'arrondissement de la SUVA (le Dr J_____), corrobore non seulement les constats mais aussi les appréciations et conclusions que les experts du CEMed ont faites ultérieurement, en juin 2014, concernant d'une part l'absence

de substrat organique d'atteintes à la santé et les excès de démonstrativité du recourant (sujets sur lesquels il sera revenu, en lien avec la fibromyalgie) et d'autre part, en guise de conclusion, l'absence d'incapacité de travail du recourant. c. Il n'apparaît pas contestable que le recourant présente, objectivement, des signes dégénératifs au niveau de la colonne cervicale et lombaire, que plusieurs médecins ont relatés, en des termes partiellement différents mais de façon néanmoins globalement convergente, comme notamment le rapport d'IRM du 23 décembre 2010, le rapport du 28 octobre 2011 du neurochirurgien M_____, le rapport d'IRM du 18 mai 2012, le rapport médical du 3 septembre 2013 du médecin traitant, le Dr K_____, du rapport du 28 février 2014 de la radiologue T_____, du rapport d'IRM du 7 avril 2014 du radiologue U_____, du rapport de consultation du 2 mai 2014 du neurochirurgien V_____. Une divergence s'est manifestée au niveau de la question – examinée dans l'analyse d'IRM – de savoir si et dans quelle mesure il y avait conflit ou début de conflit radiculaire (cf. notamment le rapport d'IRM du 23 décembre 2010, le rapport d'IRM du 18 mai 2012 et le rapport de consultation du 10 juillet 2014 du neurologue Z_____). Le 17 février 2011, le service de neurochirurgie des HUG relevait déjà que l'ENMG du 18 janvier 2011 avait été normal et qu'il n'y avait pas de déficit moteur à l'examen clinique des membres supérieurs, ni déficit de motricité à celui des membres inférieurs. Le 23 mai 2011, le médecin d'arrondissement de la SUVA (le A/1431/2015 - 25/33 - Dr J_____) constatait qu'objectivement, à l'examen clinique, la mobilité rachidienne était globalement conservée, tant au niveau cervical que dorso-lombaire, les hernies discales cervicales et lombaires n'ayant été que des découvertes fortuites. Les experts du CEMed n'ont pas ignoré les troubles précités du rachis, mais, ayant pris connaissance de ces divers documents médicaux (rapports, IRM et ENMG) et ayant au surplus ausculté et observé personnellement le recourant, ils ont estimé qu'ils justifiaient des limitations fonctionnelles mais pas une incapacité de travail fût-ce partielle, même dans l'activité lucrative habituelle de chauffeur de poids- lourds. Les experts ont en effet retenu, au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques et de lombalgies chroniques sur modification dégénérative du rachis sans syndrome radiculaire, mais ces troubles – ont ajouté les experts – n'avaient pas d'influence sur l'activité exercée jusqu'alors et le recourant avait une capacité de travail de 100 %, sauf à respecter les limitations fonctionnelles reconnues, se limitant à ne pas devoir porter des charges de plus de huit kg (ce qui, pour la profession de chauffeur de poids- lourds, pouvait retreindre son aptitude à charger et décharger des camions ainsi qu'à dévider et rembobiner des tuyaux de vidange). Les douleurs invoquées par le recourant en lien essentiellement avec ses problèmes de rachis étaient abordés par les experts sous l'angle de la fibromyalgie, sujet évoqué plus loin. d. D'autres médecins ont certes exprimé une appréciation divergente à propos de la capacité de travail du recourant. Le médecin traitant, le Dr K_____, estimait, dans son rapport du 6 juillet 2011, que l'activité exercée de chauffeur de poids-lourds n'était plus exigible, en ayant cependant une appréciation large des limitations fonctionnelles du recourant, auquel il reconnaissait cependant une capacité de travail dans une activité (non indiquée) adaptée à son handicap. Le 20 novembre 2012, ledit médecin n'excluait pas une capacité de travail du recourant même dans son activité habituelle, à la condition qu'elle soit testée, d'ailleurs aussi pour une activité adaptée, en atelier protégé. Extrapolant à partir de l'avis que MM. N_____ et O_____ avaient émis dans leur rapport du 6 février 2012 après le stage effectué par le recourant dans un atelier de réadaptation préprofessionnelle, il a indiqué que ces tests avaient montré que celui- ci n'était plus capable de reprendre son activité de chauffeur routier, alors que lesdits tests n'avaient guère

de rapport avec une telle activité. Le 13 novembre 2014, il s'est déclaré globalement d'accord avec l'expertise du CEMed intervenue dans l'intervalle, sauf qu'il se déclarait réservé quant à une reprise du travail, envisageable selon lui au mieux en milieu d'atelier protégé. Force est à la chambre de céans de relever, en application de la jurisprudence, qu'il s'agit là d'une appréciation divergente faite par le médecin traitant d'une même question, à partir des mêmes données, et qui dès lors ne saurait se voir reconnaître une force déstabilisatrice de la force probante qui revient au rapport des experts.

A/1431/2015 - 26/33 - e. La même conclusion d'un défaut de force susceptible de remettre en question les conclusions des experts s'impose pour les contestations émises par d'autres intervenants à propos de la capacité de travail du recourant. Ainsi, si la Dresse P_____ a estimé, le 17 avril 2012, que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle mais pourrait exercer une activité adaptée au bénéfice d'une réinsertion professionnelle, force est de relever que cet avis a été émis dans une perspective psychiatrique, au demeurant sans précision quant au type d'activités adaptées qui entreraient en considération, et sans qu'on ne puisse retenir que ladite psychiatre ait mené des investigations aussi approfondies que les experts. Les avis émis respectivement les 20 mai 2015 par le Dr AA_____ et 31 août 2015 par la Dresse L_____ ne procèdent pas davantage d'une analyse fouillée. Ils constituent de simples affirmations, auxquelles la chambre de céans ne saurait, dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation, accorder un poids suffisant, même pris conjointement avec les autres avis divergents, pour remettre en cause les conclusions des experts, faute pour lesdits médecins de faire état d'éléments pertinents objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Il n'y a pas lieu non plus d'attribuer à l'avis de spécialistes de l'orientation professionnelle (MM. N_____ et O_____) un poids propre à déconsidérer l'avis d'experts-médecins (arrêt du Tribunal fédéral 9C_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3), en particulier dans la présente affaire, dans laquelle les auteurs du rapport du 6 février 2012 relatif au stage effectué par le recourant dans un atelier de réadaptation préprofessionnelle apparaissent guère comme les seuls, parmi les nombreux médecins ayant examiné le recourant, à avoir estimé que ce dernier s'était investi au-delà de ses forces dans les activités lui ayant été proposées, au point d'être piégé par son volontarisme et d'avoir à le payer pendant trois semaines, ce qui tend plutôt à confirmer que – comme l'a jugé le Tribunal fédéral des assurances (arrêt S I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 4) – les constatations faites lors d'un stage d'observation professionnelle sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré durant le stage. f. Sans préjudice de l'examen de la question de la fibromyalgie reconnue au recourant, force est de retenir que l'instruction faite par les experts du CEMed, au demeurant précédée par l'évaluation interdisciplinaire de la CRR, apparaît complète, approfondie, fouillée, et qu'elle les a conduits à effectuer une discussion du cas sérieuse et exempte de contradictions, ainsi qu'à formuler des conclusions convaincantes. g. Il est surprenant qu'un des médecins du SMR a estimé, le 16 octobre 2014, que les experts du CEMed ne s'étaient pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle (en particulier de chauffeur de poids-lourds). Comme le SMR l'a retenu dans un avis médical postérieur, du 11 mars 2015, il

A/1431/2015 - 27/33 - résulte du rapport d'expertise considéré que ses auteurs ont retenu que le recourant avait une pleine capacité de travail, depuis 2010, dans son ancienne activité, sous réserve de respecter ses limitations fonctionnelles, comme a fortiori, sous la

même réserve, dans une activité adaptée. Le poids modéré revenant à de tels avis médicaux, en l'absence – comme en l'espèce – d'observations cliniques et d'examen approfondi effectués par leurs auteurs eux-mêmes, surtout si ceux-ci ne sont pas des spécialistes des disciplines médicales pertinentes, ne saurait conduire la chambre de céans voir dans cet avis du 16 octobre 2014 un motif de remettre en question le travail et les conclusions des experts. h. Dans ce même avis médical du 16 octobre 2014, ledit médecin du SMR suggérait en outre de faire compléter le dossier par l'apport du rapport médical complet du neurochirurgien des HUG auquel le recourant avait été adressé, ainsi que d'attendre que l'urologue que celui-ci devait aller consulter se soit prononcé sur ses problèmes d'incontinence urinaire (les experts du CEMed ayant eux-mêmes réservé une nouvelle évaluation de la capacité de travail du recourant si les symptômes de dysfonctionnement vésico-sphinctériens d'origine neurologique du recourant étaient démontrés par un urologue). Ni le recourant (personnellement ou par l'intermédiaire de son mandataire), ni son médecin traitant, ni d'autres médecins dont le recourant a produit des rapports médicaux n'ont cependant fait état de tels rapports qui, s'agissant du moins des neurologues, n'auraient pas déjà été versés au dossier de l'AI, ou de telles consultations, dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne sont pas intervenues ni n'avaient à l'être. Au demeurant, dès lors qu'ils concerneraient des constats postérieurs à la décision attaquée, de nouveaux documents médicaux n'entreraient en considération guère qu'à l'appui d'une nouvelle demande de prestations pour cause d'aggravation significatif de l'état de santé du recourant.

E. 10

a. Il reste que les experts ont retenu que le recourant remplissait les critères d'une fibromyalgie, mais qu'ils n'en ont pas déduit qu'il serait invalide ou menacé d'invalidité, et que, dans l'intervalle, peu après que l'intimé eut rendu sa décision s'appuyant fondamentalement sur l'avis des experts, le Tribunal fédéral a rendu, le 3 juin 2015, un arrêt de principe par lequel il a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Cette nouvelle jurisprudence est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée. Sans doute un changement de jurisprudence n'est-il un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie-t-il, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 141 V 39 consid. 5 ; 119 V 413 consid. 3a et les références). Il ne s'agit toutefois pas ici de réviser ou reconsidérer une décision entrée en force, mais d'appliquer la nouvelle jurisprudence à un cas non tranché définitivement du fait qu'un recours a été interjeté en temps utile contre la décision rendue.

A/1431/2015 - 28/33 - Peu importe que le recourant ne s'est référé à cette nouvelle jurisprudence ni dans son complément de recours (postérieur de quelques jours seulement à ce changement de jurisprudence, ayant immédiatement donné lieu à un communiqué de presse du Tribunal fédéral), ni même alors que l'occasion lui avait été donnée de formuler des observations une fois que l'intimé eut présenté sa réponse au recours. La chambre de céans applique le droit d'office, sans être liée par les motifs que les parties invoquent ou n'invoquent pas (art. 69 al. 1 phr. 2 et art. 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). b. Comme cela résulte explicitement du rapport d'expertise du CEMed, l'expert rhumatologue a mis en évidence un syndrome douloureux floride avec la présence de tous les trigger points de Yulus (18/18) et de tous les signes de

non-organicité de Waddel et Hoover, sans qu'aucun symptôme de déficit neurologique périphérique radiculaire ou tronculaire ne soit constaté. L'expert-psychiatre a admis que l'évocation des plaintes douloureuses pouvait faire suspecter un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi que l'examen somatique l'avait mis en évidence. Au terme de leur consilium, les experts ont retenu un trouble somatoforme indifférencié dans le cadre d'une fibromyalgie, mais uniquement à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Il appert que, ainsi qu'ils y avaient d'ailleurs été logiquement invités par l'intimé (conformément à la jurisprudence prévalant encore lorsqu'ils ont reçu le mandat d'expertise et lorsqu'ils ont rendu leur rapport), les experts ont évalué le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie reconnue au recourant au regard de critères qui ont été modifiés ou dont l'importance respective a été modifiée dans l'intervalle par le Tribunal fédéral, à savoir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ou d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de l'assurée, l'existence – en cas de comorbidité psychiatrique – d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution des conflits mais apportant un soulagement du point de vue psychique. L'intimé a repris le point de vue des experts à l'appui de sa décision. c. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (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 (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse

A/1431/2015 - 29/33 - 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. c/aa. 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 (en l'espèce de la fibromyalgie) 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 ses ressources mobilisables.

c/bb. 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 ce dernier 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 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. d. Comme le Tribunal fédéral l'a relevé (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309 ; arrêt 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; ATAS/938/2015 du 8 décembre 2015 consid. 9b), le changement de jurisprudence opéré par l'ATF 141 V 281 ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il convient de se demander si, dans le

A/1431/2015 - 30/33 - cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. e. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé, dans un arrêt 8C_607/2015 du 3 février 2016 (consid. 4.2.2), que sa nouvelle jurisprudence sur le syndrome douloureux somatoforme et les affections psychosomatiques comparables n'implique nullement un abandon ou même un infléchissement de l'exigence – mais au contraire davantage un renforcement – des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résulte d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact.

E. 11

a. En l'espèce, il apparaît que s'ils ont certes fait référence aux critères d'appréciation de la jurisprudence modifiée depuis lors pour juger du caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par le recourant, les experts n'en ont pas moins adopté une approche globale de la situation de ce dernier, pour conclure que le recourant avait une pleine capacité de travail, sous réserve du respect de ses limitations fonctionnelles, et ce non en considération d'une simple présomption que ledit trouble pouvait être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible, mais au regard de considérations s'insérant dans la grille d'évaluation résultant de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral. S'étant attachés à établir quelles atteintes à la santé le recourant présentait le cas échéant, ils ont retenu que leur degré de gravité n'était pas rendu vraisemblable, nonobstant la relative inefficacité des traitements suivis, et qu'elles ne le privaient pas de ses ressources ; le recourant n'avait pas

eu de perte d'intégration sociale ; il faut relever que si elle ne joue plus un rôle déterminant, une comorbidité psychiatrique n'est en l'occurrence présente qu'à un faible degré, sans répercussion sur la capacité de travail, sous la forme d'une dysthymie et d'un trouble dépressif récurrent en rémission. b. Force est en outre de constater que des indices d'exagération des symptômes sont nombreux dans la présente affaire. Si le recourant a certes subi un violent accident de la circulation routière le 25 novembre 2010, lors duquel il a été percuté par l'arrière – ainsi qu'un autre,

A/1431/2015 - 31/33 - similaire mais nettement moins violent, en date du 2 septembre 2011 (dont aucune pièce du dossier n'atteste qu'il aurait aggravé son état de santé) –, il n'en a pas moins pu sortir le jour même de l'hôpital, sans qu'aucune lésion n'ait été constatée, et c'est dans les jours qui ont suivi qu'il s'est mis à se plaindre de douleurs du rachis. Du point de vue neurologique, il présentait, en janvier 2011, un tableau hyperalgique global, mais pas de signe net de déficit neurologique (rapport du 21 janvier 2011 du neurologue E._____) ; l'ENMG effectuée était normal. Dans un rapport du 26 janvier 2011 consécutif à une consultation au centre d'imagerie Rives droite SA, le docteur L._____, à l'attention du Dr K._____, que le recourant a exprimé, lors des examens cliniques, d'intenses douleurs, que l'imagerie n'explique aucunement, et note (de façon sans doute peu élégante) que le recourant paraît « au Guinness des records d'une situation algique ». En février 2011, le recourant était hyperalgique, avec une cervico-brachialgie mal définie et, certes, des signes dégénératifs du rachis établis par une IRM ; mais il n'y avait pas de déficit moteur net à l'examen clinique des membres supérieurs, rendu difficile « à cause de la douleur », et l'examen clinique des membres inférieurs ne montrait pas non plus de déficit de la motricité. Selon le rapport d'évaluation interdisciplinaire du 8 avril 2011 établi par la CRR, aucune lésion organique n'avait pu être objectivée (sans doute imputable à l'accident du 25 novembre 2010, mais néanmoins sans que d'autres lésions ne le soient non plus et sans que le recourant lui-même ne prétende souffrir d'autres lésions que celles consécutives audit accident). Les plaintes du recourant et le handicap allégué par ce dernier paraissaient hors de proportion ; les différents bilans (établis respectivement par une physiothérapeute diplômée pour l'évaluation de ses capacités fonctionnelles, un neurologue et un psychiatre-psychothérapeute) avaient été parasités par un comportement très démonstratif, incompréhensible au regard de l'histoire et des données objectives. Lors de l'examen clinique effectué par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le 23 mai 2011, le recourant a adopté un comportement douloureux démonstratif, alors qu'objectivement la mobilité rachidienne était globalement conservée, tant au niveau cervical que dorso- lombaire. Par une décision sur opposition du 27 octobre 2011, n'ayant pas fait l'objet d'un recours, la SUVA a retenu que les atteintes à la santé dont le recourant se plaignait n'étaient pas perceptibles cliniquement. Lors de son examen à l'entrée d'un séjour en rhumatologie aux HUG, en juin 2012, le recourant avait montré une importante kinésiophobie, mais la mobilité du rachis cervical et des épaules était conservée, des tests susceptibles de révéler de réels problèmes de santé ont été négatifs, et un nouvel ENMG ne montrait pas de signe de dénervation aigu ou chronique. Lors de l'expertise du CEMed de juin 2014, le recourant s'est présenté au rhumatologue comme collaborant, mais – alors que tout au long de l'anamnèse il était resté assis et n'avait demandé à changer de position qu'après 45 minutes – il avait manifesté, à l'examen clinique, des réactions d'opposition ou d'esquive à tout

A/1431/2015 - 32/33 - mouvement actif ou passif, toute palpation ou percussion ; sa colonne cervicale avait été limitée par opposition, mais elle était « meilleure en dehors de

l'examen clinique » ; les coxo-fémorales étaient « à peine examinables, leur moindre sollicitation (...) engendr(ant) des contractions musculaires de défense », alors que les mesures montraient une mobilité acceptable. Une grande partie des plaintes du recourant allaient de pair avec une incohérence sur le plan nosologique. Les experts ont retenu, en conclusion, que le trouble somatoforme indifférencié présenté par le recourant était associé à des phénomènes d'amplification. c. Il s'ensuit qu'un complément d'expertise n'est en l'espèce pas justifié. Les pièces médicales figurant au dossier, dont deux expertises, comportent des éléments suffisants qui convainquent que la fibromyalgie reconnue au recourant n'est pas incapacitante.

E. 12

a. Le recourant ne remplit pas les conditions d'obtention de prestations de l'AI, qu'il s'agit d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel, n'étant ni invalide ni menacé d'invalidité. Le présent recours doit être rejeté. b. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), la procédure n'est pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera cependant pas mis d'émolument à sa charge. * * * * *

A/1431/2015 - 33/33 -

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.