

GE_GERICHTE ATAS/842/2015 vom 10. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_842_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/842/2015 du 10 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/842/2015 del 10 novembre 2015

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 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Déposé le 16 novembre 2014, le recours l'a été en temps utile.

E. 4

Dans la mesure où le recourant agit en personne et que son acte de recours est rédigé à la main et de manière succincte, il y a lieu d'examiner, à titre liminaire, si les conditions de recevabilité formelle, autres que celles liées au respect du délai de recours, sont respectées. a/aa. Selon l'art. 61 let. b LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment satisfaire aux exigences suivantes : l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Ces exigences ont été concrétisées à l'art. 89B al. 1 LPA, lequel stipule que la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant a) les nom, prénoms, domicile ou résidence des parties ou, s'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise; b) un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués et c) des conclusions. Les conclusions permettent au juge de déterminer comment le recourant souhaite que la décision querellée soit modifiée. Les conclusions

n'ont pas à être formulées expressément mais elles peuvent également ressortir de la motivation du recourant. S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 46-47 ad art. 61).

A/3493/2014 - 14/30 - a/bb. Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'obtenir la modification de la décision attaquée ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié du 28 janvier 2003, I 501/02 consid. 2.2). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 décembre 2002, U 292/02, consid. 4). b. En l'espèce, le recourant a clairement indiqué dans son recours du 16 novembre 2014 ainsi que dans son complément du 29 janvier 2015 qu'il contestait la suppression de sa rente, dans la mesure où son état de santé s'était aggravé, et qu'il sollicitait le versement rétroactif d'une rente par l'OAI, la SUVA ou B_____ SA. Étant donné que la décision querellée est une décision rendue par l'OAI, les conclusions dirigées contre la SUVA et B_____ SA doivent à l'évidence être déclarées irrecevables. En revanche, celles dirigées contre l'OAI sont suffisamment claires pour être prises en considération. Partant, le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision de l'OAI.

E. 5

Le recours étant recevable à la forme, se pose désormais la question de l'objet du litige dans la mesure où le recourant conclut au versement d'une rente avec effet à 2009. a/aa. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). a/bb. Selon l'art. 61 let. c LPG, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, dans le domaine des assurances sociales, notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les

A/3493/2014 - 15/30 - preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves

(ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. 130 I 183 consid. 3.2). b. En l'espèce, par décision du 16 octobre 2014, l'intimé a accordé au recourant une demi-rente d'invalidité pour les mois de février à mai 2014 et une rente entière d'invalidité dès le mois de juin 2014. Le recourant conteste la suppression de la rente et sollicite le versement rétroactif d'une rente d'invalidité. En d'autres termes, il conteste la date de début du versement et le montant de la rente, invoquant notamment une aggravation, depuis 2000, de son état de santé et ce notamment du point de vue cardiaque. L'objet du litige concerne ainsi le droit à la rente et plus spécifiquement la date de début de l'aggravation de son état de santé.

E. 6

La recevabilité du recours et l'objet du litige ayant été examinés, il y a lieu de déterminer si le recourant pouvait prendre des conclusions remontant à 2000. En effet, il conclut au paiement rétroactif de la rente d'invalidité, arguant notamment que son état de santé s'est aggravé depuis l'année 2000. Dans la mesure où, par décision du 8 décembre 2008, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, à savoir vraisemblablement dès le 1er février 2009 et que des décisions et arrêts subséquents ont été rendus, il y a lieu de déterminer quelle période est susceptible de faire l'objet de la présente procédure, ce qui pose la question de la force de chose décidée ou jugée. a. Il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcée l'autorité judiciaire par un jugement passé en force. On ne saurait cependant parler d'identité de l'objet du litige lorsque l'assuré fait valoir une modification ultérieure des faits par rapport au prononcé du jugement ou lorsqu'est entrée en vigueur une modification du droit qui justifie une appréciation juridique différente de la situation (ATF 119 II 89 consid. 2a ; 98 V 174 consid. 2). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2011, p. 378-379). En principe, seul le jugement au fond jouit de l'autorité de la chose jugée. Cela suppose que le premier tribunal saisi ait dit le droit sur la base des allégations de fait des parties, c'est-à-dire qu'il ait jugé du fondement matériel de leurs prétentions. Le jugement au fond jouit de l'autorité de la chose jugée dans la mesure seulement où il a statué sur la prétention déduite en justice. Ne participent pas de l'autorité de la chose jugée les constatations de fait dudit jugement ni ses considérants de droit, mais uniquement son dispositif, encore qu'il faille parfois recourir aux motifs pour déterminer la portée exacte du dispositif (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 4C_21/2002 du

A/3493/2014 - 16/30 - 4 avril 2002, consid. 3). Ainsi, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle. Lorsque l'autorité judiciaire cantonale rend un jugement dont le dispositif prévoit que la décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle statue à nouveau dans le sens des considérants, cette dernière est liée par la motivation juridique de l'arrêt de renvoi relative à l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2012 du 8 juin 2012, consid. 4.2 et les références citées). De plus, la portée du dispositif ne peut souvent se déterminer qu'en fonction des motifs (ATF 123 III 16 consid. 2a ; 116 II 738 consid. 2a). b/aa. En l'espèce, par décision du 8 décembre 2008, notifiée une seconde fois le 5 janvier 2009, l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant. N'ayant pas fait l'objet d'un

recours, cette décision est entrée en force de chose décidée de sorte qu'elle ne peut pas être revue par la chambre de céans dans la présente procédure. Il en va de même des décisions des 29 septembre 2010 et 4 octobre 2010, par lesquelles l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée en décembre 2009. Par conséquent, les conclusions en paiement relatives à la période courant jusqu'au 4 octobre 2010 doivent être déclarées irrecevables en vertu du principe ne bis in idem. b/bb. Par décision du 7 juin 2012, l'OAI a rejeté la nouvelle demande déposée le 29 juillet 2011. Sur recours, la chambre de céans a annulé la décision précitée, renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire s'agissant de l'atteinte cardiaque (arrêt du 9 octobre 2012). Cela étant, force est de constater que dans son arrêt du 9 octobre 2012, la chambre de céans ne s'est pas prononcée sur la prétention alors déduite en justice, à savoir sur le droit à une rente d'invalidité. Elle n'a pas examiné la valeur probante du rapport du Dr N_____ ni celle des autres rapports au dossier. Elle ne s'est pas prononcée sur l'existence d'une atteinte autre que cardiaque. En réalité, la chambre de céans n'a fait que prendre acte des conclusions en renvoi prises par l'OAI. Dans ces circonstances, il doit être admis que l'arrêt du 9 octobre 2012 n'a pas acquis force de chose jugée sur le fond, de sorte que le recourant pouvait conclure au paiement d'une rente d'invalidité pour la période antérieure à la date du jugement précité, à savoir dès le 1er janvier 2012 au plus tôt, soit au début du sixième mois après le dépôt de la demande du 29 juillet 2011 (voir art. 29 al. 1 et 3 LAI).

E. 7

Cela étant précisé, il y a lieu de déterminer si c'est à juste titre que l'OAI a mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité seulement à compter du 1er février 2014. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie

A/3493/2014 - 17/30 - 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). 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). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/aa. 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).

A/3493/2014 - 18/30 - Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). c/bb. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/dd. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) 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). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent 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 et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi,

A/3493/2014 - 19/30 - 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). d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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).

E. 8

En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur une expertise réalisée par le Dr N_____ en date du 13 février 2012, ainsi que sur son complément du 14 décembre 2013, pour refuser tout droit aux prestations avant le mois de février 2014. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces documents. a/aa. Sur le plan formel, les rapports des 13 février 2012 et 14 décembre 2013 remplissent prima facie la plupart des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les rapports en question contiennent un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques ainsi que, pour finir, une discussion générale du cas. La chambre de céans constate cependant que l'expertise précitée et son complément ont été établis par un spécialiste FMH en médecine interne générale, le Dr N_____, alors que le recourant souffrait déjà à l'époque de troubles cardiaques ainsi que de douleurs chroniques ayant mené aux diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux. Par conséquent, il apparaît douteux qu'une expertise qui n'a pas été établie avec le concours d'un cardiologue, d'un rhumatologue et d'un psychiatre satisfasse aux conditions jurisprudentielles en la matière. En effet, comme indiqué précédemment, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Or, force est d'admettre que le Dr N_____ n'a pas de compétences spécialisées en cardiologie, rhumatologie et psychiatrie, de sorte que son expertise et son complément doivent être pris avec circonspection. Le fait que le Dr N_____ ait sollicité un examen spécialisé du Dr O_____, cardiologue, n'y change rien dès lors que celui-ci n'a pas posé de diagnostics et qu'il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. En outre, le rapport du Dr O_____ ne respecte aucune des conditions jurisprudentielles

A/3493/2014 - 20/30 - permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dans ces circonstances, on ne peut qualifier le rapport du Dr N_____ de consilium, ce qui aurait

permis de lui reconnaître une pleine valeur probante. a/bb. En outre, le Dr N_____ n'a pas pu procéder à une analyse complète de la situation, de nombreux rapports médicaux manquant au dossier. En effet, quand bien même la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'OAI, charge à celui-ci de procéder à une instruction complémentaire en interrogeant notamment le cardiologue des HUG et en sollicitant une copie de tous les examens complémentaires ainsi que du rapport de consilium, rien de tel n'a été fait, l'OAI se limitant à demander des informations aux médecins traitants. Par conséquent, lorsqu'il a établi son rapport, le Dr N_____ ne disposait pas d'un dossier complet. a/cc. D'autres éléments viennent également affecter la force probante des rapports du Dr N_____. D'une part, quand bien même il a mentionné le compte-rendu de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 9 novembre 2009, dont il ressort que le recourant souffre de discopathies modérées pluriétagées ainsi que d'une arthrose inter- apophysaire, le Dr N_____ n'a pas mentionné ces atteintes dans la liste des diagnostics, alors même qu'elles pourraient être susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. D'autre part, dans son complément du 14 décembre 2013, le Dr N_____ a considéré que le trouble douloureux chronique, l'asthénie, les vertiges et les tensions musculaires multiples à type de fibromyalgie ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles. Il est pourtant douteux que des vertiges n'entraînent pas de limitations fonctionnelles, telles que l'interdiction d'exercer une activité sur une échelle ou un échafaudage. b. Pour tous ces motifs, les rapports du Dr N_____ ne sont pas dotés d'une valeur probante suffisante pour que l'OAI puisse se fonder sur eux pour considérer que le recourant ne souffrait d'aucune atteinte invalidante avant le mois de février 2014, date à laquelle tous les médecins, y compris ceux du SMR, s'accordent à dire que le recourant souffre d'une grave atteinte cardiaque, laquelle entraîne une incapacité totale de travailler. c. Quant au rapport du Dr K_____ du 4 mars 2013, seul rapport se prononçant sur la capacité de travail du recourant, il est trop succinct pour que l'on puisse se fonder sur lui pour apprécier la capacité de travail du recourant. d. La décision querellée doit donc être annulée pour les motifs précités et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sur l'état de santé du recourant du 1er janvier 2012 au 31 janvier 2014.

E. 9

Dans la mesure où le dossier soumis à la chambre de céans comprend à plusieurs reprises les diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie, il

A/3493/2014 - 21/30 - convient de se demander si ces atteintes sont invalidantes au sens de l'assurance- invalidité. Dans ce contexte, on relèvera que le SMR s'est posé la même question dès lors qu'il a procédé à l'examen des critères de MEYER-BLASER. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par

une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert,

A/3493/2014 - 22/30 - ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

E. 10

a. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces

syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), 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 (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en

A/3493/2014 - 23/30 - évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). b. Dans l'ATF 141 V 281 daté du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, 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 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. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques

sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne

A/3493/2014 - 24/30 - peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, 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 qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281, consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281, consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confonde pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

A/3493/2014 - 25/30 - II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie

en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). c. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et

A/3493/2014 - 26/30 - conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). d. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

E. 11

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise

A/3493/2014 - 27/30 - en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281, consid. 8) Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2014, op. cit., consid. 8).

E. 12

En l'espèce, le diagnostic de fibromyalgie a été retenu par le Dr N_____ dans ses rapports des 13 février 2012 et 14 décembre 2013. Quant à celui de trouble somatoforme douloureux, il a été posé par le Dr K_____ en date des 13 août 2007 et 4 mars 2013 ainsi que par le centre de la douleur, dans son rapport du 29 septembre 2011. Par avis des 31 mai 2012 et 4 février 2014, le SMR, sous la plume de ses médecins, a considéré que les critères de gravité requis jusqu'alors par le Tribunal fédéral n'étaient pas réalisés. Il a dès lors exclu la présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme invalidant. Or, par arrêt précité du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standards dégagés par le Tribunal fédéral. Force est toutefois de constater que les quelques rapports se prononçant sur l'état psychique du recourant ne permettent pas de répondre à ces questions. En

particulier, l'expertise du Dr I _____ date de 2007 et n'examine pas les critères de gravité pertinents jusqu'en 2015. Quant au Dr P _____, il ne s'est prononcé que brièvement et de manière contradictoire dans ses courriers des 23 août et 13 septembre 2012, suggérant, d'une part, de remettre en question toute expertise psychiatrique antérieure et considérant, d'autre part, que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte psychique primaire incapacitante.

A/3493/2014 - 28/30 - Dans ces conditions, la chambre de céans est d'avis que la cause est insuffisamment instruite, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le début du droit à la rente, antérieurement au mois de février 2014, plus spécialement du 1er janvier 2012 au 31 janvier 2014.

E. 13

Depuis la modification de jurisprudence résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), l'OAI a indiqué dans diverses procédures pendantes devant la chambre de céans qu'il estimait qu'il n'y avait pas lieu de faire application de cette nouvelle jurisprudence dans les procédures en cours. Aussi paraît-il opportun de relever que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative au trouble somatoforme douloureux est applicable au cas d'espèce, dès lors qu'un changement de jurisprudence s'applique aux affaires pendantes devant un tribunal au moment dudit changement (ATF 108 V 3). La jurisprudence publiée aux ATF 119 V 410, que l'intimé invoque régulièrement pour étayer son refus d'appliquer la nouvelle jurisprudence, n'y change rien, puisqu'elle se penche sur la question de savoir si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à l'application d'une nouvelle jurisprudence. Or, le cas particulier ne concerne précisément pas une décision en force, dans la mesure où la décision querellée a fait l'objet d'un recours. Partant, la modification de jurisprudence résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

E. 14

Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 16 octobre 2014 en tant qu'elle fait débiter le droit à la rente au mois de février 2014 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. L'OAI sera invité – comme cela a déjà été le cas dans l'arrêt du 9 octobre 2012 – à interroger le cardiologue des HUG et le cardiologue traitant et à se procurer copie de tous les rapports établis par les cardiologues des HUG depuis le dépôt de la nouvelle demande. Cela fait, l'OAI devra mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPG. Les experts se prononceront sur la capacité de travail et son évolution, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier. En outre, si les experts confirment finalement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, il leur appartiendra également d'évaluer la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 précité, en motivant suffisamment leur appréciation. Enfin, dans la mesure où le recourant ne conteste pas son droit à la rente dès le 1er février 2014, la décision du 16 octobre 2014 sera confirmée sur ce point.

A/3493/2014 - 29/30 - Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3493/2014 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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