

GE_GERICHTE ATAS/858/2011 vom 14. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_858_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/858/2011 du 14 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/858/2011 del 14 settembre 2011

Erwägungen

E. 25

Par décision du 1er novembre 2010, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

E. 26

Le 29 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 27

Le 29 mars 2011, la Cour de céans a demandé un complément d'information au Dr S_____. Il lui incombait notamment de déterminer dans quelle mesure les différents experts mandatés avaient examiné la problématique des troubles de la concentration et de la mémoire dont avaient fait état les Drs M_____ et R_____, dans leur rapport intermédiaire du 8 septembre 2009. Il s'agissait également de définir si l'existence de tels troubles était susceptible de modifier l'appréciation d'un maître d'atelier de la CRR quant aux obstacles au retour à une activité professionnelle.

E. 28

Par courrier du 7 avril 2011, le Dr S_____ a répondu aux questions posées par la Cour de céans. Il a notamment indiqué que l'assuré avait été examiné par cinq spécialistes au cours de l'expertise et que trois des entretiens médicaux effectués l'avaient été en présence d'un traducteur et les autres en anglais, de sorte que l'assuré avait pu s'exprimer librement, comprendre les questions posées et y répondre. Une anamnèse détaillée avait été prise par les différents experts considérant que si l'assuré se plaignait de troubles visuels et de difficultés de concentration, ceux-ci ne l'avaient pas empêché de regarder les informations à la

A/3783/2010 - 11/20 - télévision, de tenir une correspondance, de lire les journaux et de travailler sur internet. Sur le plan psychique, l'assuré n'avait relaté aucune plainte spontanée, lors du bilan réalisé par le Dr U_____. À l'anamnèse dirigée, il se montrait par contre beaucoup plus suggestible, ses plaintes concernant essentiellement sa problématique douloureuse. L'assuré verbalisait des troubles de la concentration lorsque les douleurs étaient fortes, de sorte qu'au vu de la symptomatologie peu précise - souvent verbalisée par les personnes présentant des syndromes somatoformes douloureux persistants - les experts n'avaient pas jugé nécessaire d'effectuer des investigations plus précises. En l'absence de psychopathologie significative, il n'y avait pas lieu de penser que l'appréciation d'un maître d'atelier pouvait être modifiée, ce dernier ayant relevé que la collaboration de l'assuré variait en fonction de l'intérêt pour les activités proposées. Le Dr S_____ joignait à son courrier, une lettre du recourant du 1er mars 2010 où son état de santé était décrit. Le recourant y indiquait souffrir de douleurs dorsales depuis 1990. En 1998, il avait fait une

chute en glissant, à Genève, et ses douleurs avaient augmenté depuis lors. Il ne pouvait pas bouger facilement en raison de douleurs à la tête, aux mains et jambes, de même que dormir, de sorte qu'il prenait des anti-douleurs prescrits par ses médecins qui avaient eu pour conséquence de détériorer son foie. Il fallait en conclure qu'il n'y avait pas de médicament, ni d'opération susceptibles de diminuer ses douleurs qui avaient augmenté au vu de la situation dans son pays d'origine, des mauvaises nouvelles auxquelles il avait dû faire face et de son âge. Sur le plan professionnel, il n'avait pas pu travailler à son arrivée en Suisse car il avait un permis N. Une fois au bénéfice d'un permis C, en 2003, il s'était inscrit au chômage et avait essayé de travailler en qualité d'ingénieur en génie civil, sans succès quant à ses recherches d'emploi. Il avait alors suivi des cours de perfectionnement, pour développer sa formation d'ingénieur.

E. 29

Dans ses observations du 9 mai 2011, l'intimé a confirmé sa position, se référant à l'avis de la Dresse D_____, médecin SMR, selon lequel les informations anamnestiques avaient été recueillies dans des conditions répondant aux critères de qualités attendues (notamment présence d'un interprète). En ce qui concernait les troubles de la concentration et de la mémoire observés, le Dr S_____ avait rappelé que la symptomatologie était évoquée à l'anamnèse dirigée seulement, qu'elle restait peu précise et concernait essentiellement la problématique douloureuse, chez un assuré dont la collaboration s'était montrée variable dans les activités de la CRR, en fonction de son intérêt. L'expert ne relevait d'ailleurs aucun argument en faveur d'une maladie psychopathologique, neurologique ou neuropsychologique qui nécessiterait une investigation plus poussée et/ou la

A/3783/2010 - 12/20 - reconnaissance d'une incapacité de travail, de sorte que les plaintes verbalisées par le recourant devaient être considérées comme faisant partie du trouble somatoforme douloureux.

E. 30

Le 13 mai 2011, le recourant a maintenu ses conclusions considérant que le problème de troubles de la concentration et de la mémoire n'avait jamais été examiné par les experts dans le cadre de leur rapport du 30 mars 2010. Les constatations du Dr S_____ étaient d'ailleurs fragmentaires et reposaient sur des états de fait antérieurs, notamment l'effort intellectuel qu'avait fourni le recourant pour développer un projet de recherche sur l'énergie automobile en 2003. Or, un faisceau d'indices démontrait qu'il souffrait de divers problèmes de santé mais qu'aucun problème, à lui seul, n'était suffisant pour comprendre son état, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner un complément d'expertise.

E. 31

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle

reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le

A/3783/2010 - 13/20 - 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). En l'espèce, la demande de prestations datant du 19 septembre 2004, la LPGA est applicable. Du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard du droit en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; 445 et les références; voir également ATF 130 V 329; 129 V 4 consid. 1.2; 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable en vertu des art. 56 à 60 LPGA. En effet, le recours a été interjeté le 3 novembre 2010 contre une décision datée du 15 juillet 2010, reçue par le recourant le 4 octobre 2010. 4. Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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

A/3783/2010 - 14/20 - peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2

LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (T_____, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 6. 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de 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

A/3783/2010 - 15/20 - de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (T_____, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). c) Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives

laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/3783/2010 - 16/20 - 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. Lorsque, 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). 8. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Plus particulièrement, le Tribunal fédéral a estimé que le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration

entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. Il convient dès lors de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]). 9. En l'espèce, le recourant, ingénieur en génie civil de formation, est arrivé en Suisse en 1998, où il a obtenu l'asile politique et n'a jamais repris d'activité lucrative depuis lors, bien qu'il ait obtenu un permis C en mai 2003. Il considère que son état de santé ne lui permet plus d'exercer son activité habituelle, contestant en substance le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 30 mars 2010, considérant que celle-ci minimise l'importance de chaque diagnostic et des douleurs intenses et immobilisantes traitées depuis plusieurs années par de nombreux praticiens. Il estime notamment souffrir de plusieurs maladies, pour certaines reconnues comme invalidantes et en progression, dont les effets sur sa concentration et sa productivité ont été soulevés par divers médecins, de sorte qu'il lui est impossible de travailler toute la journée ou au moins une partie de la journée.

A/3783/2010 - 17/20 - À l'appui de ses dires, il relève qu'à teneur du rapport d'évaluation en atelier professionnel, il avait effectué des tâches administratives avec très peu de rentabilité, ce qui est expliqué par les affections dont il souffre et non par un manque de collaboration et d'intérêt pour les activités proposées. Pour sa part, l'intimé, se basant sur le rapport de la CRR du 30 mars 2010, soutient que le recourant ne présente aucun trouble invalidant et que sa capacité de travail est entière dans une activité de type sédentaire, telle que son activité antérieure d'ingénieur en génie civil. En effet, la collaboration du recourant s'était montrée variable dans les activités proposées par la CRR, en fonction de son intérêt, sans que le faible rendement ne puisse être attribué à une quelconque incapacité de travail. L'intimé relève également que les informations anamnestiques qui ont conduit audit rapport ont été recueillies dans des conditions répondant aux critères de qualités attendues (notamment présence d'un interprète). En ce qui concerne plus particulièrement les troubles de la concentration et de la mémoire observés, l'intimé se réfère à l'appréciation du Dr S_____ selon laquelle la symptomatologie était évoquée à l'anamnèse dirigée seulement, qu'elle restait peu précise et concernait essentiellement la problématique douloureuse. L'expert ne relevait d'ailleurs aucun argument en faveur d'une maladie psychopathologique, neurologique ou neuropsychologique qui nécessiterait une investigation plus poussée et/ou la reconnaissance d'une incapacité de travail, de sorte que le recourant ne pouvait pas être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Plus particulièrement, l'expertise de la CRR du 30 mars 2010 s'est étendue sur quatre jours et comprend plusieurs volets, notamment des expertises orthopédique, psychiatrique, neurologique et une évaluation en atelier. Les différents experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : troubles statiques rachidiens (M29.8) avec scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire (M41.95), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : maladie de Forestier (M35.3) (hyperostose vertébrale ankylosante ou DISH), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant (type hystériorforme) (F 45.4). Lesdits médecins concernés ont ainsi déterminé, après de nombreux examens cliniques, expertises et en se basant sur l'intégralité du dossier médical du patient, sur une anamnèse très complète et sur les plaintes exprimées, que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante. En effet, que cela soit sur le plan somatique, rhumatologique, orthopédique, neurologique ou encore psychiatrique, la capacité de travail du recourant est jugée entière par les différents intervenants, dans une

activité adaptée - évitant le port de charges supérieures à 10kg et permettant une alternance des positions - telle que celle pour laquelle il a suivi une formation universitaire. Quant à l'évaluation dans les ateliers professionnels, elle a permis de constater que le rendement du recourant était plus faible que la moyenne et pouvait être qualifié de médiocre. À ce titre, la Cour de céans considère au degré de la vraisemblance

A/3783/2010 - 18/20 - prépondérante et à l'instar du maître d'atelier, que ledit rendement et la qualité du travail étaient conditionnés par l'intérêt de l'assuré pour la tâche en question. L'investigateur a ainsi démontré - en soumettant l'intéressé à de nombreuses activités, aussi diverses soient-elles - que des facteurs non lésionnels, et plus particulièrement des facteurs comportementaux, constituaient un obstacle au retour à une activité professionnelle, sans qu'une limitation fonctionnelle dans une activité adaptée ne puisse être retenue. Il sied donc de retenir que les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail du recourant sont corroborées par les troubles objectifs constatés et également par les observations faites en atelier professionnel. Contrairement à ce que soutient le recourant, force est de constater que l'expertise de la CRR du 30 mars 2010 répond aux réquisits jurisprudentiels; les experts ayant dressé des anamnèses détaillées de la situation du recourant. En effet, le volumineux dossier médical et les nombreuses radiographies, dont les plus récentes dataient de moins de six mois avant l'examen clinique, ont été examinés par les experts, de même que les rapports dont s'est prévalu le recourant le 10 août 2010. Les plaintes de l'assuré - assisté d'un traducteur arabe/français - ont été entendues et décrites dans les divers rapports. S'il existe certes des différences entre les rapports d'examen orthopédique du 8 mars 2010 et psychiatrique du 4 mars 2010 et le rapport d'expertise du 30 mars 2010, en termes de diagnostics et de limitations fonctionnelles retenus, elles ne sauraient décrédibiliser l'expertise pluridisciplinaire établie de manière consensuelle. En effet, les rapports détaillés contiennent l'appréciation d'un seul médecin. Or, ces diagnostics et appréciations ont par la suite fait l'objet d'une discussion entre tous les médecins mandatés et l'échange des points de vue a mené à modifier légèrement les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus. Par ailleurs, les conclusions du rapport sont dûment motivées, explicites et dépourvues de contradictions. En définitive, rien ne permet de s'écarter de cette expertise du 30 mars 2010. 10. Par ailleurs, en ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, il ressort des données médicales versées au dossier qu'aucune psychopathologie significative n'a été relevée, à l'exception d'une symptomatologie dépressive atypique et fluctuante, sans répercussion sur le fonctionnement social. Si l'expert-psychiatre avait certes fait état d'un éventuel état de stress post-traumatique sub-clinique à léger (F43.1), sans répercussion sur la capacité de travail, la discussion entre experts n'a finalement pas retenu ce diagnostic, les critères y relatifs n'étant pas réunis. Le recourant ne présente donc pas comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de réintégrer le processus de travail ne puisse être exigé (ATFA non publié I 1093/06

A/3783/2010 - 19/20 - du 3 décembre 2007, consid. 3.2), de sorte que le trouble somatoforme retenu par les différents praticiens ne saurait revêtir de caractère invalidant. Il sied d'ailleurs de noter que tant le recourant que l'intimé n'allèguent pas - à juste titre - que les conditions primaires de troubles somatoformes douloureux sont remplies. En effet, le recourant ne subit pas de réelle perte d'intégration sociale - il vit avec sa famille et entretient des contacts réguliers avec l'extérieur, notamment son avocat aux États-Unis avec qui il discute de son futur brevet concernant la récupération d'énergie dans le domaine automobile

- ni ne souffre d'un état psychique cristallisé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder d'avantage sur cette discussion. 11. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée. 12. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

A/3783/2010 - 20/20 - 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.