

## **GE\_GERICHTE ATAS/860/2014 vom 9. Juli 2014**

GE Cour de justice, 2014-07-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_860\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_860_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/860/2014 du 9 juillet 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/860/2014 del 9 luglio 2014

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

A 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut 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 ; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

#### **E. 3**

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet

A/3668/2013 - 13/22 - 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).

#### **E. 4**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 5**

L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité suite à la nouvelle demande déposée le 12 décembre 2011, étant précisé que par décision du 3 avril 2007, entrée en force, l'intimé avait refusé l'octroi de prestations.

#### **E. 6**

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

#### **E. 7**

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 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).

#### **E. 8**

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

A/3668/2013 - 14/22 - 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 finalement 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 ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

## **E. 9**

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). 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 (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). 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191)

A/3668/2013 - 15/22 - sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera

également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1). A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

#### **E. 10**

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 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

A/3668/2013 - 16/22 - indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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).

### **E. 11**

Enfin, 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

A/3668/2013 - 17/22 - probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 12**

En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 3 avril 2007, refusé tout droit à des prestations en l'absence de diagnostic invalidant. Par arrêt du 12 mars 2008, le TCAS, alors compétent, a confirmé cette décision, retenant que le recourant présentait un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs sans répercussion sur sa capacité de travail; sur le plan somatique, les lombalgies chroniques et les discopathies lombaires étagées n'entraînaient pas d'incapacité de travail (ATAS/293/2008). Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 12 décembre 2011, l'intimé a retenu que le recourant ne présentait aucune aggravation notable de son état de santé depuis sa décision initiale, ce que conteste ce dernier en se référant notamment aux appréciations

des Drs I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du CEMED. Par rapport du 19 juillet 2013, les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une dysthymie (F34.1). Ils ont estimé que le recourant ne présentait aucune limitation physique ou psychique, que le syndrome douloureux somatoforme ne présentait aucun critère de gravité et qu'un effort de volonté était exigible de sa part. La capacité de travail était totale dans l'activité habituelle et dans toute activité. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise, qui comporte 22 pages, repose sur des examens du recourant effectués les 16, 17 et 26 avril 2013 et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique notamment pourquoi les experts retiennent les diagnostics précités et les

A/3668/2013 - 18/22 - raisons pour lesquelles ils estiment qu'ils n'entraînent pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Leurs conclusions sont ainsi dûment motivées. Le recourant est d'avis que cette expertise n'est pas probante dès lors que ses conclusions sur le plan rhumatologique, psychique et en médecine interne sont opposées à celles émises par les médecins consultés. Sur le plan rhumatologique, dans son rapport du 12 novembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ conteste l'appréciation des experts, relevant que le recourant présente tout de même des discopathies étagées modérées, des dysfonctions inter-vertébrales mineures étagées et des contractures de la musculature para-vertébrale. Selon ce médecin, cela démontrait qu'il y avait aussi une composante physique, sans dénier les éléments non-organiques. La chambre de céans constate que les experts n'ont pas écarté toute atteinte somatique, puisqu'ils ont diagnostiqué une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis et ont confirmé la présence d'un psoriasis actif mais sans processus inflammatoire articulaire périphérique. Ils ont également constaté que le recourant présentait une discopathie C3-C4 sans conflit radiculaire et un modelé arthrosique de la sacro-iliaque droite et que l'imagerie restait normale. Ils ont dûment relevé qu'il n'y avait pas de déficit neurologique périphérique, qu'il soit tronculaire ou radiculaire et la biologie réalisée par les médecins traitants et le service de rhumatologie des HUG ne permettait pas de retenir un diagnostic de spondylo-arthropathie séronégative. Par ailleurs, les experts ont expliqué que la diminution de sensibilité au membre inférieur droit restait des plus atypiques et ne pouvait être retenue, d'autant plus qu'elle s'inscrivait dans un contexte d'exagération comme en témoignait la présence de nombreux signes de non-organicité (rapport d'expertise, p. 18). Le Dr I\_\_\_\_\_ estime qu'exclure une capsulite de l'épaule uniquement sur la base d'une mobilité en rotation externe normale, comme l'avaient fait les experts, ne lui semblait pas adéquat. Il a rappelé que les IRM des deux épaules avaient montré une atteinte boursotendineuse dans le cadre d'un conflit sous-acromiale. Il reproche aux experts de ne pas avoir retenu ces diagnostics. S'agissant de la ceinture scapulaire, les experts ont constaté que l'aspect et les amplitudes articulaires étaient normaux. Les épaules étaient limitées dans les mouvements d'élévation, mais les rotations externes étaient symétriques et encore dans les limites de la norme, de sorte qu'il n'y avait pas de capsulite rétractile (rapport d'expertise, p. 18). Par ailleurs, les experts ont dûment pris en compte les conclusions des IRM de l'épaule gauche et de l'épaule droite effectuées les 23 mars et 14 mai 2009 auxquelles se réfère le Dr I\_\_\_\_\_ (rapport

d'expertise, p. 16). On relèvera d'ailleurs qu'il était fait alors état d'« une suspicion » d'une capsulite rétractile à l'épaule droite à l'échographie. A la suite de l'examen clinique et au vu des imageries versées au dossier, les experts ont estimé, et expliqué de manière convaincante, que l'on pouvait conclure à l'existence d'un syndrome douloureux

A/3668/2013 - 19/22 - chronique pour lequel il n'existait aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer les plaintes et ce syndrome n'était pas à même de justifier une incapacité de travail (rapport d'expertise p. 19). Au demeurant, le Dr I\_\_\_\_\_ a également estimé que le syndrome douloureux chronique était sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (rapport du 21 mars 2012). Le Dr I\_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué que des études avaient montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'importance des atteintes radiologiques et l'intensité des douleurs. La chambre de céans rappellera que les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité. L'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Enfin, on relèvera encore que le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ne bénéficie pas, lorsqu'il s'exprime, de l'autorité d'un expert rhumatologue. Sur le plan psychiatrique, le recourant ne conteste pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux chronique retenu par les experts. Ceux-ci ont expliqué que ce trouble avait été évoqué à plusieurs reprises depuis 2004, qu'il était confirmé par leur évaluation et qu'il s'accompagnait de plaintes somatiques extensives, surtout algiques, touchant les systèmes ostéoarticulaire et nerveux central ainsi que le tube digestif. Les experts n'ont pas relevé de péjoration significative, excepté que les plaintes étaient devenues plus étendues touchant la peau et le système urinaire. Les experts ont également retenu que le recourant souffrait d'une dysthymie, soit un trouble de l'humeur léger, ce que le recourant conteste. Il leur reproche de ne pas avoir retenu un état dépressif sévère, comme l'ont notamment diagnostiqué le Dr R\_\_\_\_\_ (rapport du 7 novembre 2013) et les médecins de la clinique de Montana (rapport du 22 février 2011) ou un trouble dépressif récurrent épisode moyen, comme l'avait constaté la Dresse H\_\_\_\_\_ (rapport du 14 octobre 2010). La chambre de céans constate que les experts ont, de manière convaincante, expliqué qu'ils ne pouvaient pas retenir un trouble dépressif sévère car ils ne retrouvaient pas d'idées suicidaires, ni de trouble cognitif observé, ni d'auto-reproches, ni de sentiment de culpabilité, ni d'angoisse franche, mais par contre la persistance de relations sociales. Les experts ont en outre relevé que les médecins consultés avaient effectivement posés des diagnostics d'épisodes dépressifs sévères, sans que ce diagnostic soit particulièrement explicité. Les experts ont conclu qu'au vu de la légèreté et de la persistance du trouble de l'humeur, le diagnostic de dysthymie pouvait être retenu. S'agissant des répercussions des troubles psychiques, les experts ont retenu que ni la dysthymie – qui est un trouble dépressif léger - ni le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant, n'entraîne une incapacité de travail, ce que conteste le recourant. Il convient de relever que même si les experts avaient retenu une incapacité de travail en raison du trouble somatoforme, il n'aurait pu être

A/3668/2013 - 20/22 - qualifié d'invalidant par la chambre de céans dès lors qu'il ne remplit en aucun cas les critères de gravité. En effet, les experts ont dûment expliqué que le recourant ne souffre ni d'une comorbidité psychiatrique sévère, ni d'une perte d'intégration sociale dès lors qu'il garde un lien très régulier avec les membres de sa fratrie et avec deux amis proches qu'il voit régulièrement. A cet égard, les experts n'ont pas retrouvé lors de

leur expertise, la détresse morale et l'isolement social évoqués par les médecins de clinique de Montana, sans que ceux-ci ne les décrivent. Les experts ont également relevé l'absence d'affection corporelle chronique et d'un état psychique cristallisé. Enfin, ils ont relevé que le comportement démonstratif, constaté par les trois experts, rendait les plaintes moins crédibles et que l'on était en présence d'une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations objectives. Qui plus est, la chambre de céans relèvera en outre que le recourant, qui ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, était âgé seulement de 45 ans au moment de la décision litigieuse. Or, la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux chez les jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.488/04 du 31 janvier 2006, consid. 3.3). Enfin, on ajoutera que contrairement à ce que fait valoir le recourant, les experts n'ont pas nié l'existence d'une comorbidité psychiatrique, mais ont relativisé son intensité. Le recourant fait valoir que sur le plan de la médecine interne, les experts n'auraient pas pris en compte ses plaintes ORL et dermatologiques relatives à des problèmes d'audition et des rougeurs de la peau. La chambre de céans constate toutefois que les experts ont dûment relevé que le recourant avait l'impression d'avoir une moins bonne audition du côté droit, ainsi que des lésions eczémateuses au niveau des coudes et des genoux et un psoriasis derrière les pavillons des deux oreilles notamment (rapport d'expertise, p. 10 et 13). Par ailleurs, le recourant conteste de manière générale la valeur probante de l'expertise au motif que ses conclusions sont en contradiction avec celles des médecins consultés et estime qu'elle est arbitraire. La chambre de céans rappellera que le seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants aient des opinions contradictoires ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration. En l'occurrence, il n'apparaît pas que des éléments objectivement vérifiables aient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. On ajoutera encore que les éléments objectifs et subjectifs mentionnés par les médecins et les experts sont pour l'essentiel identiques et seules les conclusions qu'ils en tirent divergent. Partant, les avis divergents des médecins traitants ne sont pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport d'expertise.

A/3668/2013 - 21/22 - Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire et l'audition des Drs I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ demandées par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande du recourant doit être rejetée. Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant souffre d'une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'une dysthymie (F34.1). Ces troubles n'entraînent aucune limitation physique ou psychique et la capacité de travail du recourant est totale dans son activité habituelle et dans toute activité. Force est dès lors de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision initiale de l'intimé du 3 avril 2007, puisque celle-ci retenait également que le recourant ne présentait pas d'atteinte somatique ou psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

**E. 13**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis 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/3668/2013 - 22/22 - 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.