

# **GE\_GERICHTE ATAS/989/2020 vom 22. Oktober 2020**

GE Cour de justice, 2020-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_989\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_989_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/989/2020 du 22 octobre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/989/2020 del 22 ottobre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la 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.

A/370/2019 - 14/23 - 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 trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le bien-fondé du rejet de la nouvelle demande de prestations du recourant, singulièrement sur la question de savoir si une aggravation de son état de santé est survenue entre le 25 février 2010 – date de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et le 11 décembre 2018, date de la décision litigieuse.

### **E. 5**

a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b

et les références citées). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). b. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). 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 et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

A/370/2019 - 15/23 -

## **E. 6**

a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres 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 (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). b. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a

donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

## **E. 7**

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

A/370/2019 - 16/23 - 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. À 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 8**

a. 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, 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

A/370/2019 - 17/23 - 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. b. Dans un arrêt 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, 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; ATF 131 V 49; ATF 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). c. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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. Il 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

A/370/2019 - 18/23 - 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. 9**

a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

A/370/2019 - 19/23 - 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125

V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

#### **E. 10**

a. 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). b. 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.

A/370/2019 - 20/23 - 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'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).

#### **E. 11**

En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 25 février 2010 avec celle existant le 11 décembre 2018 pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision en application de l'art. 17 LPGA. La décision du 25 février 2010 se fondait sur l'avis émis le 27 mars 2008 par le SMR, lequel faisait siennes les conclusions rendues le 29 février 2008 par la Dresse E\_\_\_\_\_ : les atteintes incapacitantes consistaient en cervicalgies droites (hernie discale C3-C4 non compressive) en un status post-fracture C2 en 1992, sans séquelle neurologique (M50.2), en lombosciatalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec insuffisance posturale (M51.3) et en un status post-neurolyse du nerf cubital du coude et du nerf médian au poignet gauche en 2005, avec trouble sensitif et faiblesse résiduelle. La capacité de travail était nulle, depuis 2000, dans l'activité habituelle de maçon ; dans une

activité adaptée, elle était passée de 80% à 75% suite à une péjoration survenue courant 2006, avec mise en évidence d'une hernie discale C3-C4 non compressive en 2007. Pour être adaptée, une telle activité devait n'impliquer ni position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, en extension et rotation extrême, ni mouvements répétitifs de la tête. De l'expertise rhumato-psychiatrique des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, il ressort en substance qu'en l'absence de diagnostics psychiatriques autres que l'utilisation d'alcool nocive pour la santé et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) secondaire à la douleur (tous deux sans effet sur la capacité de travail), la situation reste inchangée par rapport à l'expertise pluridisciplinaire du 19 juillet 2012 du CHUV et au complément du 13 novembre 2013 du Prof. G\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'y a pas d'élément objectif permettant de justifier une augmentation de l'incapacité de travail. Il ressort plus particulièrement du rapport du Dr T\_\_\_\_\_ que s'il existe, d'un point de vue objectif, un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, des gonalgies sans signe de conflit rotulien, ligamentaire ou tendineux et une mobilité des chevilles dans la norme, l'examen n'en frappe pas moins par la présence de plusieurs signes de non-organicité selon Waddell qui ne sont pas expliqués par le socle somatique sous-jacent. C'est la raison pour laquelle l'expert a estimé que la diminution des

A/370/2019 - 21/23 - capacités fonctionnelles dues à la santé résidait essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique, surtout aux niveaux du rachis, du genou droit et de l'impotence fonctionnelle décrite dans les activités quotidiennes. L'indicateur de cohérence « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1) permet de considérer que les limitations du recourant se manifestent peu ou prou de la même manière dans la profession et les actes habituels de la vie puisqu'il évalue leurs répercussions à 25% sur le plan professionnel (comme maçon-paysagiste) et à 20% dans les activités ménagères, les loisirs et les activités sociales. Pour sa part, le Dr S\_\_\_\_\_ a reçu le recourant avant l'expert rhumatologue et rendu ses conclusions avant ce dernier ; il n'intègre donc pas les observations cliniques du Dr T\_\_\_\_\_ (soit le fait que les douleurs physiques ne s'expliquent pas suffisamment d'un point de vue organique ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3) à son appréciation diagnostique et, par voie de conséquence, ne permet pas de vérifier pour quels motifs le degré de gravité inhérent au diagnostic de trouble somatoforme douloureux (« douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » ; cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1) ne serait pas donné. Pour écarter le diagnostic de trouble somatoforme, l'expert se contente d'indiquer qu'« il manque le critère clinique principal qui est le sentiment de détresse » ; rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, p. 23). Par ailleurs et surtout, l'expert S\_\_\_\_\_ établit une anamnèse qui ne tient pas compte de tous les documents psychiatriques – pourtant peu nombreux – versés au dossier, à savoir le rapport du 12 juin 2014 de la Dresse K\_\_\_\_\_, qui mentionne un score de 31 à l'échelle de Hamilton (sur la base d'un test effectué le 6 mai 2014) et diagnostique un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), ainsi qu'une anxiété généralisée (F41.1). On cherche également en vain une mention et/ou une détermination, de la part de l'expert S\_\_\_\_\_, du rapport du 15 octobre 2015 dans lequel la Dresse K\_\_\_\_\_ s'inscrivait en faux contre l'avis émis le 19 août 2014 par le SMR et défendait le diagnostic de syndrome douloureux posé par l'expert L\_\_\_\_\_, du fait de plaintes disproportionnées à leur substrat organique. On ne trouve pas non plus de prise de position de l'expert au sujet des « autres troubles somatoformes » (F45.8) du « trouble somatoforme indifférencié » (F45.1) évoqués le 19 août 2014 par le SMR. Compte tenu des observations qui précèdent, l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, très lacunaire et insuffisamment

motivée, ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle est impropre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique du recourant depuis la décision du 25 février 2010, de sorte que les instructions données à l'intimé par le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C\_286/2016 du 9 février 2017 restent d'actualité, à tout le moins d'un point de vue psychiatrique.

A/370/2019 - 22/23 - En revanche, la Cour de céans considère que le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire réalisé par le Dr T\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître valeur probante : il a été rendu sur la base d'une documentation complète, d'une anamnèse comportant un volet familial, personnel, professionnel et médical. Ce document relate les plaintes du recourant, comporte un status médical approfondi et prend position au sujet des rapports versés au dossier par le Dr P\_\_\_\_\_ le 8 septembre 2017. En outre, il pose des diagnostics précis, ses constatations sont claires et ses conclusions suffisamment bien motivées, en particulier quant au caractère inchangé de la situation par rapport à l'expertise pluridisciplinaire du 19 juillet 2012 du CHUV et au complément du 13 novembre 2013 du Prof. G\_\_\_\_\_ – étant souligné que ce professeur y notait déjà une absence d'aggravation des plaintes et de l'état clinique par rapport aux expertises des Dresses B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ de 2004 (cf. dossier AI, doc. 160, p. 772). Il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, d'un point de vue somatique, en particulier rhumatologique, il n'y a pas eu de modification sensible de l'état de santé du recourant depuis la décision du 25 février 2010.

#### **E. 12**

Dès lors que les questions posées par l'intimé au Dr S\_\_\_\_\_, telles qu'elles ressortent de la communication du 1er février 2018 (cf. dossier AI, doc. 228, p. 1150) ne répondent pas à la principale injonction du Tribunal fédéral – à savoir analyser l'évolution de l'état de santé du recourant pour la période postérieure à février 2010 – et que cet expert s'est borné pour l'essentiel à se référer à son entretien du 17 avril 2018 avec le recourant pour en déduire, au terme d'une analyse tronquée du dossier (cf. ci-dessus : consid. 11), qu'il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique « depuis au moins 2010 », le recours est partiellement admis, la décision du 11 décembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique auprès d'un expert indépendant (autre que les docteurs S\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_). Il conviendra qu'il communique préalablement à l'assuré le nom de l'expert envisagé, ainsi que la liste des questions qui lui seront soumises.

#### **E. 13**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'850.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Un émoluments de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

\*\*\*\*\*

A/370/2019 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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