

GE_GERICHTE A/177/2016 vom 29. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_177_2016

FR: GE_GERICHTE A/177/2016 du 29 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/177/2016 del 29 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1961, exerçant la profession de déménageur, a été victime d'une chute dans les escaliers le 22 juin 2004. [!][endif]> [!][if> Le cas a été pris en charge par la SUVA. Des indemnités journalières ont été versées à l'assuré à 100% dès le 25 juin 2004, à 50% dès le 12 juillet 2004 et à 0% le 16 août 2004. 2. Il a déposé une demande de rente AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) le 12 décembre 2005. [!][endif]> [!][if> 3. Le docteur B_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a constaté, dans un rapport initial du 30 juillet 2004, que l'assuré souffrait de lombalgies et de cervicalgies post-traumatiques. Il présentait une douleur du membre inférieur droit (lâchage du genou droit à la descente des escaliers). [!][endif]> [!][if> 4. Le docteur C_____, généraliste FMH consulté par l'assuré à la suite de sa chute, a établi un certificat le 12 août 2004, autorisant celui-ci à reprendre normalement son travail à 100% dès le 17 août 2004. [!][endif]> [!][if> 5. Par courrier du 12 août 2004 adressé à la SUVA, l'employeur a indiqué que l'assuré s'était présenté avec un certificat de reprise de travail à 100% dès le 16 août 2004, tout en spécifiant qu'il ne pourrait pas porter de lourdes charges, souffrant d'une hernie discale. L'employeur dit avoir été surpris que le médecin donne son accord pour une activité de déménageur à 100%. Il a dès lors pris contact avec le Dr C_____ qui lui a confirmé que l'assuré ne souffrait pas d'hernie et qu'il pouvait travailler normalement et même porter des charges. Le 17 août 2004, l'employeur a confirmé que l'assuré avait repris son travail le 16 août 2004, mais qu'il avait quitté le chantier le lendemain à 10h00 sans avertir, disant qu'il n'en pouvait plus. [!][endif]> [!][if> Le 31 janvier 2006, l'employeur a confirmé à l'OAI que l'assuré ne s'était plus présenté au travail, alors que son incapacité de travail avait pris fin le 16 août 2004 selon le certificat du Dr C_____.

6. Dans un rapport du 13 février 2006, le Dr B_____ a indiqué, à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, des douleurs vertébrales non systématisées depuis 1999, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs pharyngées itératives depuis 2000 et une colopathie fonctionnelle depuis 1999. [!][endif]> [!][if> Il a fixé l'incapacité de travail à 100% à compter du 16 août 2004 pour une durée indéterminée. Il relève que la chute survenue le 22 juin 2004 a aggravé les douleurs vertébrales. Les plaintes sont variées et variables, centrées sur la sphère ORL, la colonne vertébrale et l'abdomen. Le pronostic n'est pas défini, les plaintes du patient n'étant pas corroborées par les examens cliniques et paracliniques. Selon le Dr B_____, « une expertise médicale (somatique et psychiatrique) est indispensable, ainsi qu'un bilan fonctionnel de ses capacités et motivations de travail ». 7. Dans une note du 6

septembre 2006, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a proposé de mettre en œuvre un examen bidisciplinaire au SMR, rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'assuré. 8. L'examen clinique rhumatologique a été réalisé par le SMR le 27 novembre 2007. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est celui de discrets syndromes lombaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L5-S1 médiane non compressive et insuffisance posturale. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il est relevé ceux de cervicobrachialgies sans substrat organique, déconditionnement physique, status post amygdalectomie en 1992 ou 1993, otites à droite à répétition et troubles fonctionnels divers. 9. La capacité de travail dans l'activité habituelle de déménageur est nulle, susceptible toutefois d'être améliorée par un reconditionnement. Toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles biomécaniques (pas de position statique prolongée debout, en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux, port de charges limité à 15 kilos occasionnellement, pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante, et possibilité de changer de position) est cependant exigible à 100% et sans aucune diminution du rendement justifiée par une atteinte médicale. Le rapport rhumatologique est signé par la doctoresse D _____, indiquée comme étant une « ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie ». Aucun examen psychiatrique n'a été conduit. 9. Le 25 février 2008, le SMR a pris note de ces conclusions, considérant qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter. 10. Par décision du 18 août 2008, l'OAI a informé l'assuré que sa demande était rejetée. L'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'examen auquel a procédé le SMR le 27 novembre 2007 et a conclu à un degré d'invalidité de 7,5%, après avoir comparé un revenu sans invalidité de CHF 57'600.- et un revenu avec invalidité de CHF 53'276.-. 11. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 22 mai 2013. 12. Par courrier du 2 août 2013 rédigé à l'attention de l'OAI, le docteur E _____, spécialiste en médecine générale, a déclaré qu'il avait adressé l'assuré au docteur F _____, psychiatre, lequel avait reconnu une psychopathologie de l'immigration avec difficulté d'intégration sociale. Le Dr E _____ considère dès lors qu'il s'agit d'un problème plus psychiatrique que physique et non pas d'une aggravation. 13. Dans un rapport du 3 septembre 2013, le Dr B _____ a informé l'OAI que l'assuré ne l'avait plus consulté depuis le 20 septembre 2011. Le pronostic est à son avis défavorable. 14. Dans un rapport du 20 octobre 2013, le Dr F _____ a retenu le diagnostic de troubles hypocondriaques et de personnalité narcissique, précisant que l'assuré le consultait depuis novembre 2012. Selon le médecin, le pronostic est mauvais, le patient étant incapable de se projeter. Il ne se prononce pas sur le taux d'incapacité de travail. Il précise cependant que « il s'agit d'un patient extrêmement frustré, ne parlant que peu le français ou plutôt une langue entre le français et l'allemand, difficilement compréhensible. Il est peu sensible à mes interventions. (...) Manifestement, très mal intégré en Suisse, il souffre de troubles physiques divers : douleurs chroniques à l'oreille gauche avec infections récurrentes sur percement probable du tympan, douleurs de type sciatique résiduelles au niveau de la jambe droite, douleur de type gastrite variable selon le temps et le type de nourriture consommée. Ce sont les plaintes principales décrites par le patient. Après m'être renseigné auprès de son médecin traitant, il semble que ses symptômes n'aient jamais exprimé une pathologie organique claire. Pourtant, le patient le conteste. Il est persuadé qu'un médecin suisse-allemand lui a dit qu'il souffrait d'un cancer. Quand je lui ai fait remarquer que ce diagnostic a été fait il y a plusieurs années, il ne le conteste pas, mais maintient la gravité de son état. Il se plaint en

plus de fatigue et de mal dormir. Ma prescription de Séroquel semble lui convenir. Cette prescription avait aussi pour but de diminuer la dimension anxieuse manifeste de ce patient. Ses rapports familiaux sont mauvais. Il n'a plus de relations affectives et sexuelles avec sa femme. Il est en conflit avec elle et avec ses enfants. Dans les entretiens, il me raconte parfois des événements passés de sa vie, mais sans lien logique et sans association significative. Il peut être affectivement inadéquat, riant de faits plutôt tristes ou angoissants, pleurant sur des événements passés depuis très longtemps, entre autres la mort d'un neveu assassiné à Genève en 1988, sauf erreur. Son trajet professionnel, que vous devez déjà connaître, est chaotique et sans aucune tentative d'y trouver une issue. Je pense qu'il s'agit d'un patient souffrant d'une psychose frustrée, sans aucune capacité d'une réadaptation professionnelle. Je pense qu'il serait bon de lui permettre de suivre un atelier protégé ».

15. L'OAI a confié à la doctoresse G_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, et au professeur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie dans le même département, la mission d'expertiser l'assuré. Un rapport d'expertise a été établi par ces médecins le 18 juillet 2014. Seuls des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail ont été posés, à savoir : un trouble somatisation présent depuis 1988 environ et un épisode dépressif sans syndrome somatique depuis 2004. Les experts ont constaté que « pour l'assuré, qui est peu structuré sur le plan psychique et facilement débordé par ses émotions, le corps représente l'unique moyen de communication de toute détresse qui ne peut être représentée, symbolisée ou verbalisée autrement. (...) Les faits et les plaintes subjectives font penser à la présence d'un trouble dépressif depuis quelques années qui n'a pas été traité jusqu'à ce jour selon l'hétéro-anamnèse. (...) On ne met pas en évidence d'élément qui pourrait nous faire penser à la présence d'un trouble psychotique. (...) Il n'a jamais bénéficié d'un traitement anti-dépresseur. (...) On peut éventuellement attendre une certaine amélioration du tableau sur ce plan-là avec une médication bien conduite. Il faut toutefois être conscient que l'expertisé est déjà chronifié dans son identité de malade ». Ils ont considéré que sur le plan physique, l'assuré était incapable de travailler à 100% dans son activité de déménageur. Sur le plan psychique, celui-ci présente une diminution de la concentration, un manque d'entrain et d'énergie, une baisse de motivation en lien avec un état dépressif modéré qui pourrait être traité et lui permettre de reprendre une activité lucrative. Aussi du point de vue psychique est-il apte à exercer une activité professionnelle simple à 100%, correspondant à ses limitations psychiques et physiques (discret syndrome lombaire dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L5-S1 médiane non compressive et insuffisance posturale). Ils ont ajouté que « l'instauration de la médication antidépressive et une meilleure observance à ce traitement pourraient éventuellement diminuer la symptomatologie dépressive et potentiellement améliorer la capacité de travail. Une prise en charge de la famille dans son entier pourrait éventuellement permettre une diminution des sources de tensions et de conflits. On pourrait aussi demander à l'expertisé d'effectuer un certain effort de volonté pour surmonter sa symptomatologie douloureuse. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. Il faut tenir compte de la présence du syndrome lombaire discret sur hernie discale L5-S1 et léger trouble statique pour déterminer les critères médicaux que le lieu de travail doit satisfaire. Sur le plan psychique, la poursuite et l'ajustement du suivi psychiatrique, social et éventuellement familial, pourraient permettre une reprise progressive du travail. On peut imaginer que l'assuré peut assumer un travail individuel simple, sans exigence majeure de rendement, qui ne demande pas beaucoup de responsabilité et qui n'est pas stressant pour lui. À l'heure actuelle, le

rendement est diminué au vu du déconditionnement physique de l'assuré et de son état dépressif ». À la question de savoir depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est exigible, les experts ont déclaré ne pas pouvoir se prononcer, « car cela dépend de la réponse de l'expertisé à la suite de son traitement psychiatrique ». 16. Dans une note du 1^{er} octobre 2014, le médecin du SMR a dressé une liste de questions complémentaires à poser aux experts, au vu des discordances entre les atteintes décrites comme incapacitantes et une capacité de travail évaluée comme entière. 17. Le rapport d'expertise, ainsi que la note du SMR, ont été transmis au Dr F_____, afin que celui-ci examine avec son patient les conclusions et les questions complémentaires posées par le SMR. 17. Par courrier du 27 octobre 2014, le Prof H_____ a répondu à la demande de l'OAI comme suit : « Je peux vous confirmer, par la présente, que j'ai supervisé cette expertise rédigée par la Dre G_____. En particulier, j'ai rencontré l'expertisé en date du 14 mai 2014, en compagnie de la Dre G_____. J'ai par la suite corrigé à quelques reprises l'expertise rédigée, selon usage. Par rapport au fond, il s'agit en effet d'un patient présentant un trouble de somatisation avec une dépressivité fluctuante, impliquant un épisode dépressif moyen au moment de l'expertise. Nous les avons mis au point 4.1 plus que 4.2 dès lors que ces diagnostics nous ont paru incapacitants pour le travail initial de déménageur mais pas incapacitant pour un travail simple, comme mentionné. Nous entendons par activité simple, un travail n'impliquant pas d'effort physique et intellectuel particulier. Par exemple, une activité de réception ou de garde dans le cadre d'une entreprise pourrait être réalisée sans problème. Cela étant, nous sommes conscients qu'une perspective de travail réaliste dans ce type de poste reste limitée. En ce qui concerne la capacité de travail, nous pensons qu'elle a toujours été présente dans une activité telle que décrite plus haut. Ceci se justifie notamment par le fait qu'il assume dans sa famille toute une série de tâches, notamment pour ses enfants, sans problème particulier. En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux, selon votre demande, nous pouvons préciser que l'épisode dépressif moyen actuel est fluctuant et persistant. Nous considérons toutefois que celui-ci n'est pas grave d'autant que ses symptômes n'impliquent pas a priori une incapacité professionnelle. L'intégration sociale n'est pas atteinte, étant préservée en tout cas dans le domaine familial, avec selon l'expertisé, le maintien d'une activité sociale avec des amis. On ne peut pas parler d'échec de traitement ambulatoire dès lors que, comme mentionné dans l'expertise, aucun traitement antidépresseur conforme aux règles de l'art n'a été instauré. Dans ce sens, on ne peut pas parler d'état psychique cristallisé en l'absence d'un tel traitement ». 18. Le 20 avril 2015, le médecin du SMR s'est fondé sur l'examen rhumatologique du SMR réalisé en 2007 - compte tenu du fait que le médecin traitant signale un état inchangé sur le plan rhumatologique -, et sur l'expertise psychiatrique, et en a conclu que l'assuré ne présentait pas d'aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique, et que l'atteinte psychique n'était pas incapacitante. 19. Le 27 avril 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée. 20. L'assuré, représenté par Me Henri NANCHEN, s'est opposé à ce projet de décision le 27 mai 2015. Il considère que l'expertise du 18 juillet 2014 ne répond pas aux exigences des expertises psychiatriques réalisées en milieu institutionnel par les médecins non détenteurs d'un titre FMH et mandatés par l'Office AI. Il rappelle à cet égard la lettre circulaire 313 du 6 juin 2012 de l'OFAS selon laquelle le médecin spécialiste FMH doit avoir cumulativement effectué une partie de l'examen clinique, accompagné la mise en oeuvre de l'expertise et corrigé le rapport d'expertise. Or, tel n'aurait pas été le cas. L'assuré relève également que le

Prof. H_____ a déclaré avoir rencontré l'expertisé le 14 mai 2014 en compagnie de la Dresse G_____, alors que les entretiens ont en réalité eu lieu le 1^{er} avril et le 9 avril 2014. Il constate que l'expertise contient des contradictions évidentes entre le diagnostic posé et des atteintes décrites comme incapacitantes, d'une part, et une capacité de travail évaluée comme entière, sans limitation fonctionnelle ni perte de rendement effective, et une reprise progressive du travail non échelonnée, d'autre part. Il reproche au complément d'expertise du 27 octobre 2014 de n'avoir pas gommé les contradictions et la confusion générale de cette expertise. Il rappelle enfin que les Drs F_____ et E_____ font quant à eux état d'une aggravation de son état de santé psychiatrique. Il conclut dès lors à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 21. Invité à se déterminer, le SMR a persisté à considérer, dans une note du 24 novembre 2015, qu'il n'y avait pas aggravation de l'état de santé.![endif]>![if> 22. Par décision du 26 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision.![endif]>![if> 23. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 18 janvier 2016 contre ladite décision. Il conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2005 et, subsidiairement, à l'audition des Drs E_____ et F_____, ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.![endif]>![if> 24. Dans sa réponse du 15 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, se ralliant à l'appréciation du SMR.![endif]>![if> 25. Dans sa réplique du 21 avril 2016, l'assuré a persisté à nier toute valeur probante au rapport d'expertise, rappelant que le SMR lui-même en avait critiqué tant le fond que la forme. Il constate que le complément d'expertise ne suffit pas à écarter les critiques émises initialement par le SMR. Il considère en effet que les contradictions entre les atteintes décrites comme incapacitantes et une capacité de travail évaluée comme entière persistent.![endif]>![if> Il relève que le Prof. H_____ n'avait pas effectué lui-même une partie de l'examen et se serait contenté de superviser l'expertise. Il attire par ailleurs l'attention de la chambre de céans sur le fait que la Dresse I_____, dont l'avis est retenu par l'OAI, n'est pas détentrice d'un titre FMH. Enfin, il ressort de la réponse datée du 15 février 2016 que l'OAI n'a ni discuté, ni même contesté les rapports du Dr F_____ (pièces n os 23 et 24 recourant), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie reconnu, qui le suit depuis 2012 à raison d'une séance par semaine. 26. Dans sa duplique du 17 mai 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 27. Ces écritures ont été transmises à l'assuré et la cause gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 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 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.![endif]>![if> 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. ![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 5. a) Selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas

d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). } b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI 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 114 consid. 2b). c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Si elle 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 109 V 108 consid. 2 p. 114; 117; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3 e éd., n. 120, p. 456). Il sied de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). 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). Il n'y a en revanche 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Par ailleurs, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). d) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une

nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

6. Préalablement, il y a lieu de constater que la décision querellée n'est pas une décision de non-entrée en matière. En effet, l'OAI s'est en l'occurrence prononcé et a rejeté la demande. Dès lors que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, la chambre de céans doit examiner si c'est à bon droit qu'il l'a rejetée.

7. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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 1^{er} janvier 2008).

b) 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 malade, 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. 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).

8. a) 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).

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 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).

9. 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. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours 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 en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).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 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). 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).¹² En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 18 août 2008, rejetant la demande de rente, vu le degré d'invalidité fixé alors à 7,5%, avec ceux prévalant au moment de la décision querellée. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il y a eu, depuis, aggravation de l'état de santé de l'assuré.¹³ La demande de prestations AI avait été rejetée en 2008 sur la base d'un examen rhumatologique effectué le 27 novembre 2007 par le SMR. Un diagnostic de discrets syndromes lombaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L5-S1 médiane non compressive et insuffisance posturale avait été retenu. La capacité de travail dans l'activité habituelle de déménageur était de 0%, susceptible toutefois d'être améliorée par un reconditionnement. Toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles biomécaniques (pas de position statique prolongée debout, en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux, port de charges limité à 15 kilos occasionnellement, pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante, et possibilité de changer de position) était cependant exigible à 100%, sans diminution du rendement.¹⁴ Dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 22 mai 2013, l'OAI s'est fondé sur l'expertise psychiatrique réalisée par la Dresse G_____ et le Prof. H_____ le 18 juillet 2014, et le complément requis de ce dernier, pour en conclure que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé.¹⁵ Il convient préalablement d'examiner si cette expertise a valeur probante. L'assuré le conteste.^a Il considère que l'expertise ne répond pas aux exigences des expertises psychiatriques réalisées en milieu institutionnel par les médecins non détenteurs d'un titre FMH et mandatés par l'Office AI, dans la mesure où il n'apparaît pas que le Prof. H_____ ait effectué une partie de l'examen clinique, ni accompagné la mise en œuvre de celui-ci. Des lignes directrices de la société suisse de psychiatrie et psychothérapie visant à améliorer la qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance invalidité ont été élaborées, sur mandat de l'office fédéral des assurances sociales (OFAS), par un groupe de travail réunissant des représentants de la Fédération suisse des médecins (FMH), de la société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), de la société suisse de psychiatrie des assurances (SSPA), de la caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (SUVA) et de l'assurance-invalidité fédérale (AI). Ces lignes directrices visent à unifier la méthodologie de l'expertise psychiatrique, tant dans sa forme que dans son contenu, réalisée dans le cadre de la loi sur l'assurance-invalidité. Elles se basent sur des critères fondés scientifiquement et faisant consensus parmi les experts (cf. lettre-circulaire

n° 313 du 6 juin 2012 de l'OFAS). Il en résulte notamment que seul un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie peut procéder à une expertise psychiatrique pour l'AI. En milieu institutionnel, une partie des tâches d'expertises peut être déléguée à un médecin-assistant qui suit une formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie. Cela implique qu'un médecin spécialiste doit effectuer lui-même une partie de l'examen, accompagner la mise en oeuvre de l'expertise, corriger le rapport d'expertise et en assumer la responsabilité par sa propre signature (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 77/2007 du 4 janvier 2008 consid. 6.3). En l'espèce, il s'avère que l'expertise du 18 juillet 2014 a été réalisée par la Dresse G _____, laquelle n'est pas titulaire d'un FMH en psychiatrie. Le Prof. H _____ a admis le 27 octobre 2014 qu'il avait « supervisé cette expertise », mais souligné qu'il avait corrigé plusieurs fois l'expertise rédigée, ce qui ne saurait être considéré comme suffisant au regard de la ligne directrice susmentionnée. On peut du reste relever qu'il se trompe de date en précisant qu'il a rencontré l'assuré une seule fois le 14 mai 2014, alors qu'en page 2 du rapport, il est indiqué que deux entretiens auraient eu lieu en sa présence et celle de la Dresse G _____ les 1^{er} et 9 avril 2014. b) L'assuré constate que l'expertise contient des contradictions évidentes entre, d'une part, le diagnostic posé et des atteintes décrites comme incapacitantes et, d'autre part, une capacité de travail évaluée comme entière, sans limitation fonctionnelle ni perte de rendement effective, et une reprise progressive du travail non échelonnée et considère que le complément d'expertise du 27 octobre 2014 ne suffit pas à les gommer. Les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatisation présent depuis 1988 environ et un épisode dépressif sans syndrome somatique depuis 2004, qui n'avait pas été traité jusqu'à ce jour. Ils ont conclu que « l'assuré peut assumer un travail individuel simple, sans exigence majeure de rendement, qui ne demande pas beaucoup de responsabilité et qui n'est pas stressant pour lui. À l'heure actuelle, le rendement est diminué au vu du déconditionnement physique de l'assuré et de son état dépressif ». Interrogé par le médecin du SMR, le Prof. H _____ a précisé que l'épisode dépressif était moyen au moment de l'expertise. Ce trouble lui a paru incapacitant pour le travail initial de déménageur, mais pas pour un travail simple. Il a ensuite expliqué ce qu'il fallait entendre par « travail simple », soit un travail n'impliquant pas d'effort physique et intellectuel particulier, par exemple, une activité de réception ou de garde dans le cadre d'une entreprise. On voit mal comment un épisode dépressif moyen justifierait une incapacité de travail à 100% dans l'activité de déménageur, mais pas dans le cadre d'un travail sans effort physique et intellectuel. Dans le complément du 27 octobre 2014, le Prof. H _____ a par ailleurs repris, sur demande de l'OAI, les critères jurisprudentiels du trouble somatoforme douloureux et considéré qu'ils n'étaient pas réalisés pour la plupart. On ne comprend pas cependant pour quelle raison il répond à cette question, aucun trouble somatoforme douloureux n'ayant été diagnostiqué. Force dès lors est de nier toute valeur probante à l'expertise du 18 juillet 2014, même complétée. 16. L'assuré critique également le fait que l'avis du médecin du SMR, soit en l'occurrence la Dresse I _____, se prononçant notamment sur la valeur de l'expertise, soit retenu par l'OAI, alors que celle-ci n'est pas détentrice d'un titre FMH. Il est vrai que la Dresse I _____ ayant rédigé plusieurs avis dans le cas d'espèce, n'est pas titulaire d'un titre FMH. Il y a toutefois lieu de rappeler que selon la jurisprudence, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en mesure d'émettre un avis sur la cohérence du rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C 149/2008 et 9C 575/2008). Cet argument dès lors tombe à faux. 17. Il y a ainsi lieu de constater, à l'instar du SMR, que le médecin traitant ne fait pas état d'une

aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique. Il signale en revanche l'apparition d'un « problème plus psychiatrique que physique », raison pour laquelle du reste il a recommandé à son patient de consulter le Dr F_____. C'est dès lors à juste titre que le SMR a retenu les conclusions de l'examen rhumatologique effectué au SMR le 27 novembre 2007, soit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, dans la mesure où il n'y a pas de nouvelle atteinte à la santé et que les limitations fonctionnelles sont restées les mêmes.![endif]>![if> Il reste, au vu de ce qui précède, à déterminer quelle est la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychique, et s'il y a eu aggravation depuis 2008. On ignore ce qu'il en était à ce moment-là, aucun examen sur le plan psychique n'ayant accompagné l'examen rhumatologique effectué le 27 novembre 2007, ce quand bien même le médecin du SMR avait proposé de mettre en œuvre un examen rhumatologique et psychiatrique. Curieusement, le médecin ayant signé le rapport rhumatologique figure sur la liste des médecins FMH (www.doctorfmh.ch) sous « médecine interne générale », mais indique qu'elle est psychiatre en bas de page du rapport. 18. Le Dr F_____, médecin-psychiatre traitant depuis novembre 2012, a retenu le diagnostic de troubles hypocondriaques et de personnalité narcissique. Il ne se prononce pas sur le taux d'incapacité de travail, mais précise que selon lui, « il s'agit d'un patient souffrant d'une psychose frustrée, sans aucune capacité d'une réadaptation professionnelle. Je pense qu'il serait bon de lui permettre de suivre un atelier protégé ».![endif]>![if> 19. Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours 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 en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).![endif]>![if> 20. En l'espèce, le SMR a lui-même constaté, à réception du rapport d'expertise du 18 juillet 2014 qu'il y avait des discordances entre les atteintes décrites comme incapacitantes et une capacité de travail évaluée comme entière, raison pour laquelle il a sollicité du Prof. H_____ un complément d'expertise. Or, ce complément ne suffit de loin pas à rendre probante l'expertise. Force est ainsi de constater que la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé sur le plan psychiatrique. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il ordonne un complément d'expertise sous la forme d'une expertise psychiatrique. Il lui appartiendra ensuite d'évaluer le taux d'invalidité présenté par l'assuré et de rendre une nouvelle décision. ![endif]>![if> **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.