

GE_GERICHTE A/1858/2012 vom 22. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1858_2012

FR: GE_GERICHTE A/1858/2012 du 22 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1858/2012 del 22 novembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.11.2012
A/1858/2012

A/1858/2012 ATAS/1414/2012 du 22.11.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1858/2012
ATAS/1414/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22
novembre 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié à Genève
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur S _____
(ci-après : l'assuré), né en 1977, d'origine serbe, travaillait en tant que cuisinier lorsque, le 6
octobre 2007, il a été victime d'un accident : il est tombé dans les escaliers, sur le dos. Les
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont alors posé le diagnostic de lombosciatalgies
post-traumatiques non déficitaires et ont préconisé des antalgiques, du repos, des
anti-inflammatoires et des myorelaxants. Par la suite, l'assuré a été adressé à la CLINIQUE
ROMANDE DE READAPTATION (CRR) pour une évaluation (cf. rapport du 8 février
2008). Les médecins ont conclu à un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et
dépressive, à des dorso-lombalgies persistantes, non spécifiques, après une contusion
mineur du bassin et de la colonne lombaire, à une discopathie modérée L1-L2 et à des
séquelles de maladie de Scheuermann. Ont également été mentionnées une obésité et de
probables céphalées de tension épisodiques (dont il a été précisé qu'elles étaient bien
contrôlées par la prise très occasionnelle d'antidouleurs). L'examen neurologique détaillé
n'a mis en évidence aucune atteinte médullaire, radiculaire, du plexus ou périphérique aux
membres inférieurs. Les imageries n'ont révélés que des anomalies d'apparence banale
(séquelles de maladie de Scheuermann et discopathie modérée au niveau L1-L2, aucun
signe de lésion traumatique sur les examens réalisés deux jours après l'accident ni sur une
imagerie par résonance magnétique [IRM] de la région lombaire réalisée un mois plus tard).
Les médecins de la CRR ont relevé une discordance majeure entre leurs constatations
radio-cliniques et les plaintes de l'assuré chez qui ils ont observé une incapacité
fonctionnelle subjective majeure, une auto-limitation et une forte sous-estimation de ses
capacités. En conséquence, une évaluation psychiatrique a été demandée, qui a conduit au
diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, étant
précisé qu'aucune autre pathologie n'a été mise en évidence sur le plan psychique, en
particulier pas de trouble anxieux spécifique, de trouble psychotique ou de trouble de la
personnalité avéré. En définitive, le pronostic a été qualifié d'excellent du point de vue
médical (l'accident n'ayant provoqué aucune lésion objectivable) mais de très réservé
compte tenu de l'importance du trouble de l'adaptation chez un patient dont il a été souligné
qu'il semblait s'être déjà replié dans une position d'invalidé sans qu'il n'y ait cependant
d'arguments pour un processus volontaire ni, a fortiori, pour une simulation. Les médecins
de la CRR ont précisé qu'il fallait "absolument délivrer un message clair sur l'absence de

tout critère de gravité, sur la nécessité de se reprendre en main, d'abandonner ses cannes et de reprendre une activité physique progressivement normale". Le 2 juin 2009, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant des douleurs dorsales, des vertiges, des pertes de connaissances, des douleurs dans la jambe droite et des angoisses induites par sa situation, car il a été licencié en 2009. Dans un rapport du 19 août 2009, le Dr A_____, de la permanence de Vermont, a fait état de deux épisodes dépressifs en 2008 et a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 11 avril 2008. Elle a indiqué qu'une reprise du travail à 50 % pourrait être envisagée en octobre 2009, à condition de permettre l'alternance des positions, d'éviter les positions penchée, bras au-dessus de la tête, accroupie, le port de charges de plus de 5 kg et les montées d'escalier, étant encore précisé que les capacités de compréhension, de concentration et de résistance du patient étaient limitées. Le Dr B_____, du service de neurologie des HUG, a conclu, dans un rapport du 20 octobre 2009, à une radiculopathie cervicale basse (C5-C6 et C6-C7) et lombaire (L4-L5) sur traumatismes cervical et lombaire en 2007, sans se prononcer sur la capacité de travail du patient. L'assureur perte de gain a refusé de prendre en charge le cas au-delà du 30 avril 2008, date à compter de laquelle il a considéré que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail. Dans un bref rapport du 5 décembre 2010, le service de neurologie des HUG a indiqué que l'état de l'assuré s'était amélioré depuis le mois de mai 2009 mais qu'il devait éviter le travail de force et le port de charges. Le 11 février 2010, le Dr A_____ a confirmé cette amélioration et a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Par courrier adressé à l'OAI le 16 mars 2010, le Dr C_____, du service de rhumatologie des HUG, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en rhumatologie en octobre 2009 mais n'avait plus été suivi depuis lors. Le médecin a produit les différents rapports alors établis, dont il ressortait que l'hospitalisation était motivée par des sensations vertigineuses mal systématisées accompagnant des cervicalgies et que les diagnostics retenus avaient été ceux de possible syndrome vestibulaire périphérique gauche et de lombalgies chroniques suite à un traumatisme en 2007. Une consultation d'oto-neurologie avait conclu à une atteinte des voies visuo et vestibulo-oculo-motrice. Une mise au point neuro-vasculaire très complète en avril 2009 avait permis d'exclure une piste vasculaire et avait montré une intégrité des axes vasculaires à destinée cérébrale. Quant à l'examen neurologique, il n'avait pas montré d'atteinte. Interrogé sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr D_____, du service de rhumatologie des HUG, a répondu en date du 28 juin 2010 qu'il lui était difficile de se prononcer. Le Dr C_____ a encore indiqué le 28 septembre 2011 que l'assuré continuait de se plaindre de lombalgies chroniques auxquelles s'était ajouté un état anxio-dépressif majoré par une situation socio-économique difficile. L'examen clinique avait conduit à retenir un syndrome lombovertébral et une kynésiophobie marquée, sans signe d'irritation neurologique. Une physiothérapie intensive effectuée en milieu hospitalier, associée à l'adaptation d'une antalgie médicamenteuse avait permis une discrète amélioration de la capacité fonctionnelle, avec la possibilité de rester debout trente minutes. Néanmoins, les différents traitements n'avaient eu que peu d'effets sur les douleurs. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au service médical régional AI (SMR) qui a relevé que malgré plusieurs examens - parfois très poussés - aucune atteinte évidente à la santé n'avait été objectivée. Un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique a dès lors mis sur pied qui a été confié au BUREAU ROMAND D'EXPERTISES MÉDICALES (BREM), plus particulièrement aux Drs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine

interne, et F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont rendu leur rapport en date du 28 octobre 2011. Les experts ont relaté que l'assuré se plaignait de douleurs dorsales, de vertiges, de pertes de connaissance, d'une dyspnée d'effort et de difficultés à mouvoir ses membres inférieurs le matin. Il a été relevé que les plaintes spontanées étaient exclusivement physiques. Des examens supplémentaires ont été pratiqués, qui n'ont montré aucun signe pathologique (ni radiculopathie, ni polyneuropathie). Cliniquement, les experts ont décrit un sujet en excellent état général apparent, une gestuelle spontanée, fluide, assurée, harmonieuse, sans déconditionnement. Quelques limitations ont été observées lors de tests spécifiques mettant en jeu les mêmes groupes musculaires qui fonctionnaient pourtant normalement peu avant et après les tests. Au plan radiologique, les experts ont observé un discret trouble statique vertébral non significatif, la scoliose n'atteignant qu'une dizaine de degrés d'angulation. Ils ont confirmé la présence d'une discarthrose L5-S1 sans évidence de spondylolisthésis, associée avec des séquelles d'ostéodystrophie de croissance. En revanche, ils n'ont trouvé à l'IRM ni hernie discale, ni lésion, ni signe d'activité de la discarthrose. Les experts ont relevé l'absence d'évolution entre 2007 et 2010 selon le dossier radiologique. En définitive, au terme de l'examen somatique, aucun élément suffisamment probant n'a été relevé permettant de conclure à une affection chronique justifiant une incapacité de travail, quelle que soit la profession envisagée. Sur le plan psychique, il a été indiqué que les éléments anxieux et dépressifs étaient insuffisants en nombre, gravité, constance et durée pour permettre de poser un diagnostic de trouble dépressif ou de trouble anxieux spécifique. Les experts ont conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant, aggravé en 2008 d'une symptomatologie anxio-dépressive d'accompagnement. Faute d'argument probant justifiant un trouble anxieux ou un trouble dépressif plus spécifique et plus sévère, ils ont considéré ces symptômes émotionnels comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. Les experts ont souligné qu'au vu du dossier, le trouble s'était grandement atténué à partir de 2009. Les incidences du trouble somatoforme sur la capacité de travail ont été décrites de la manière suivante : abaissement du seuil à la douleur, fatigabilité et diminution du seuil anxigène. Il a été précisé que ces incidences étaient non significatives et ne revêtaient pas un caractère invalidant vu l'absence de comorbidité psychiatrique spécifique, d'affection corporelle chronique importante surajoutée, de perte d'intégration sociale et de franche chronicisation. Par décision du 16 mai 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation en se référant aux conclusions de l'expertise du BREM. Par écriture du 18 juin 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans. Le recourant allègue qu'il ne peut même plus assumer son ménage et encore moins gagner sa vie, de sorte qu'il se trouve dans une situation de dénuement extrême. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 juillet 2012, a conclu au rejet du recours. Une audience s'est tenue en date du 30 août 2012. Interrogé sur l'avis de son médecin traitant quant à sa capacité de travail, le recourant a répondu qu'il ne s'était pas exprimé à ce sujet. Le recourant a indiqué toujours souffrir du dos. Il a ajouté avoir été opéré de l'oreille gauche en 2009 et devoir se faire opérer de la droite en septembre. EN DROIT 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 depuis 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire

l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445). Cela étant, les notions et les principes développés précédemment par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé du recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité. En substance, le recourant estime ne pas être en mesure de travailler. Cela étant, il ne remet pas en cause, dans leur principe, le diagnostic posé par les experts, à savoir un trouble somatoforme douloureux. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales

(ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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. 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 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de

l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, ainsi que cela a été dit plus haut, la jurisprudence considère qu'en règle générale, les troubles somatoformes

douloureux persistants n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe n'est admise que lorsque, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement à titre exceptionnel, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Constituent de tels facteurs : (1) les affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4ème édition, p. 191) 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 (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les

ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels), non pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5). a) En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par les Drs F_____ et E_____. Le rapport rendu par ces derniers est le fruit d'une réflexion globale, tenant compte tant des plaintes de l'intéressé que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Les conclusions sont claires et motivées. Dès lors, la Cour de céans ne voit pas de raison de s'écarter des conclusions des experts, dont le rapport remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que lui conférée une pleine valeur probante. D'autant que ces conclusions sont corroborées par celles des médecins de la CRR qui ont mis en évidence avant le BREM une forte discordance entre les observations cliniques et les plaintes et ont souligné n'avoir trouvé aucune atteinte objectivable susceptible d'expliquer l'importance des douleurs alléguées. Quant au Dr A_____, s'il conclut certes à une incapacité de travail, il ne motive aucunement sa position. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est rangé à l'avis des experts. Il faut admettre que, dans le cas présent, le trouble somatoforme persistant ne remplit pas les conditions énoncées par la jurisprudence pour se voir reconnaître un caractère invalidant. En conséquence, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le