

GE_GERICHTE A/2401/2017 vom 27. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2401_2017

FR: GE_GERICHTE A/2401/2017 du 27 février 2018

IT: GE_GERICHTE A/2401/2017 del 27 febbraio 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian FISCHELE 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 ou le recourant), né le _____ 1957, de nationalité togolaise et française, père de cinq enfants issus de deux unions, ayant épousé Madame B_____ le 2 août 2014 à Lomé (Togo), vit en Suisse depuis 1993 et est installé dans le canton de Genève depuis mai 2000. Il a exercé différents emplois à plein temps auprès d'entreprises entre Lausanne et Genève, notamment comme portier, contrôleur-trieur de verre, opérateur et surveillant. Depuis mai 2011, il a été déclaré en incapacité de travailler, tantôt totalement tantôt partiellement, par les docteurs C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et D_____, généraliste FMH, étant précisé qu'il avait connu des épisodes dépressifs en 2005 et 2008. En 2014, il a été suivi par le docteur E_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Il dépend de l'Hospice général. ![/endif]>![if> 2. En octobre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office AI du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant, à titre d'atteinte à la santé, « Mal partout et dépression » et indiquant être en traitement auprès du Dr E_____. ![/endif]>![if> 3. À teneur d'un rapport du Dr E_____ du 12 décembre 2014, l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis le 28 février 2014, ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail, d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45) versus facteurs psychologiques associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54) ; un bilan somatique était alors en cours. Ledit médecin notait une tristesse, une fatigue, des troubles de la concentration, un discret ralentissement psycho-moteur, un isolement social partiel et des douleurs. Il recommandait la poursuite du traitement médicamenteux et des investigations somatiques. L'incapacité de travail comme ouvrier était de 100 % depuis le 28 février 2014, mais les critères jurisprudentiels de gravité n'étaient pas remplis pour un trouble somatoforme douloureux persistant, et il n'y avait pas d'activité adaptée possible vu les douleurs et l'épisode dépressif moyen. L'évolution serait probablement positive six mois plus tard. La capacité de compréhension de l'assuré n'était pas limitée, mais celles de concentration et d'adaptation l'étaient à 50 % et celle de résistance à 80 %. ![/endif]>![if> 4. Selon une communication du 12 mars 2015 de l'OAI (à la suite de laquelle l'assuré n'a pas requis la notification d'une décision sujette à recours), des mesures d'intervention précoce et d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. ![/endif]>![if> 5. D'après un rapport du 8 juin 2015 du Dr E_____, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, soit des épisodes dépressifs moyens récurrents entrecoupés par des périodes de rémission dans le contexte d'un trouble somatoforme

douloureux persistant. Cliniquement, l'assuré était en incapacité totale de travail, mais d'un point de vue médico-théorique, selon la jurisprudence alors en vigueur, ses atteintes n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient un discret ralentissement psycho-moteur, un isolement social partiel, des troubles de la concentration modérés. La compliance de l'assuré était optimale, sur les plans tant pharmacologique que psychothérapeutique ; il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique (avec un « Hamilton dépression 22 »). Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte sur la capacité de travail, car d'un point de vue médico-théorique il existait une exigibilité de reprise à 100 %, alors que d'un point de vue clinique l'incapacité de travail était totale. La situation était à revoir un an plus tard. ![/endif]>![if> 6. Dans un avis médical du 16 novembre 2015, les docteurs F_____ et G_____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) ont estimé que l'assuré présentait une symptomatologie dépressive et un probable trouble somatoforme douloureux, mais qu'en l'absence d'information médicale sur le plan somatique il convenait de requérir du médecin traitant un rapport médical initial afin de prendre connaissance de toutes les atteintes à la santé, en particulier le bilan somatique mentionné par le Dr E_____. ![/endif]>![if> 7. Par courrier du 26 novembre 2015, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a indiqué à l'OAI que ses douleurs diffuses étaient en cours d'investigation par le docteur H_____, médecin praticien (d'après les données du site internet : <https://www.doctorfmh.ch>), et que parallèlement il bénéficiait d'un suivi psychologique et psychothérapeutique auprès de Madame I_____. ![/endif]>![if> 8. Selon un rapport médical du 18 janvier 2016 du Dr E_____, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Celui-ci avait un épisode dépressif moyen (F33.11) et un trouble somatoforme douloureux persistant (F45) ayant une influence sur sa capacité de travail, mais celle-ci, d'un point de vue médico-théorique, était de 100 % dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée à ses limitations (soit un discret ralentissement psycho-moteur et des troubles de la concentration légers). Le Dr H_____ avait exclu une polyarthrite rhumatoïde. Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire, « vu la reprise médico-théorique possible depuis 01.01.2016 ». ![/endif]>![if> 9. D'après un rapport du 28 janvier 2016 du Dr H_____, l'assuré avait eu antérieurement une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, mais de 100 % depuis janvier 2016. Il souffrait, avec effet sur la capacité de travail, d'une dépression moyenne depuis le 28 février 2014 et d'une fibromyalgie depuis deux à trois ans. L'anamnèse révélait des décompensations dépressives moyennes en lien avec une fibromyalgie. Ledit médecin avait exclu une polyarthrite rhumatoïde. Il notait des douleurs diffuses fibromyalgiques et une dépression moyenne, de la fatigue, une perte de plaisir, des angoisses, à voir avec le Dr E_____. D'un point de vue médical, l'activité exercée était exigible à 100 % (avec une baisse de rendement de 20 %), et une activité adaptée était exigible à 100 % avec la limitation de ne pas devoir soulever des poids de plus de 10 kg et de pouvoir changer de position une fois par heure. ![/endif]>![if> 10. Dans un avis médical du 25 février 2016, les Drs F_____ et G_____ du SMR ont résumé les rapports précités des Drs E_____ et H_____ et relevé que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé du ressort de l'AI. ![/endif]>![if> 11. Par un projet de décision du 7 mars 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de nier son droit à des prestations de l'AI (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité). Sans atteinte à la santé, l'assuré exercerait une activité lucrative à 100 % ; il avait un statut d'actif. D'après les éléments médicaux et professionnels recueillis, et selon le SMR, l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé

incapacitante ; il n'y avait pas de répercussion durable sur la capacité de travail. Sa capacité de travail raisonnablement exigible demeurait complète à plein rendement dans toute activité ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles objectives contre-indiquant une activité professionnelle à 100 %.

12. Par courrier de son avocat du 18 avril 2016, l'assuré a objecté que le Dr E_____ avait identifié un trouble somatoforme douloureux persistant entraînant une incapacité clinique totale de travail, ce même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en des termes contradictoires, en sorte qu'il n'était pas possible de déterminer, au regard des critères établis par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281 (9C_492/2014 du 3 juin 2015), si son état douloureux était d'une gravité telle qu'une mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'était plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. Il était prématuré de considérer qu'il ne souffrait d'aucune limitation fonctionnelle objective incapacitante.

13. Se déterminant à ce propos par avis médical du 30 juin 2016, les docteurs F_____ et J_____ du SMR ont estimé que, dans le contexte d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, il convenait de mettre en place une expertise psychiatrique, à réaliser conformément à l'arrêt précité du Tribunal fédéral.

14. Par communication du 27 octobre 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de la nécessité de le soumettre à une expertise médicale psychiatrique, qu'il confiait à la doctoresse K_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, sur la base de questions structurées autour de l'atteinte à la santé, du contexte social, des diagnostics, du traitement et de la réadaptation, de la cohérence et de la capacité de travail. L'assuré disposait de dix jours pour présenter d'éventuelles questions complémentaires et faire valoir d'éventuels motifs de récuser ladite experte.

15. L'assuré a indiqué le 1^{er} novembre 2016 qu'il n'avait ni questions complémentaires à poser ni motifs de récusation à émettre à l'encontre de l'experte désignée.

16. Après analyse du dossier que l'OAI lui avait remis et un entretien d'évaluation avec l'assuré intervenu le 22 novembre 2016, la Dresse K_____ a rendu son rapport d'expertise le 24 janvier 2017. Celui-ci comporte, au titre des données subjectives, l'anamnèse de l'assuré (sur 1 page), les plaintes actuelles sur le plan psychique (1/2 page), les symptômes de la lignée dépressive (page), les symptômes de la lignée anxieuse (1/4 page), les symptômes de la lignée psychotique (3 lignes), une appréciation de la personnalité (1/4 page), les habitudes de vie (page), les attentes de l'expertisé (obtenir une rente d'invalidité), les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (page), la scolarité, les formations professionnelles et les professions exercées (6 lignes), les relations affectives, mariages et les enfants (1/4 page) et la vie sociale (2 lignes). Suivent, au titre des données objectives, le status psychique (page), et les résultats du monitoring médicamenteux et des tests sur les échelles d'Hamilton de la dépression et de l'évaluation de l'anxiété (page). Le rapport contient ensuite une synthèse et une discussion, avec un rappel de l'histoire médicale (1 page) et la situation actuelle (3/4 page). Il se conclut par des réponses aux questions en rapport avec le traitement et la réadaptation et avec la capacité de travail. Ainsi, la thérapie ambulatoire psychiatrique et psychothérapeutique, à laquelle l'assuré se montrait coopérant, restait importante pour favoriser une plus grande confiance dans ses aptitudes ; la réhabilitation de l'assuré devait passer par une réinsertion socioprofessionnelle, qui contribuerait à maximiser l'efficacité de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire. En dehors des périodes de décompensations psychiques, l'assuré était apte à accomplir son activité habituelle (ce qui pouvait raisonnablement être exigé de lui) ainsi que toute autre activité adaptée, en poursuivant parallèlement son travail thérapeutique. Il ne présentait pas

d'incapacité de travail d'un point de vue psychique en dehors des périodes de décompensation de l'humeur. Les limitations fonctionnelles étaient les périodes de décompensations psychiques, durant lesquelles le traitement psychotrope pourrait devoir être revu et une hospitalisation être envisagée, de même que toutes les formes de douleurs à l'origine de son incapacité fonctionnelle. Au titre de ses ressources, l'experte notait que l'assuré avait refait sa vie, était marié et père de deux enfants ; sa nouvelle famille était une ressource importante lui donnant satisfaction. 17. D'après un avis médical du 2 mai 2017 des Drs F_____ et J_____ du SMR, l'experte avait examiné de manière détaillée le syndrome douloureux somatoforme selon les exigences jurisprudentielles et mentionné une origine organique aux douleurs de l'assuré au niveau du rachis lombaire (canal lombaire étroit L2-L3 et L5 d'origine mixte, constitutionnelle et dégénérative), douleurs répondant au traitement antalgique. Cela excluait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. L'expertise était convaincante ; elle tenait compte des plaintes de l'assuré et s'appuyait sur un examen clinique approfondi. Il fallait s'en tenir aux conclusions du SMR du 25 février 2016. 18. Par décision du 2 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les motifs figurant dans son projet de décision précité du 7 mars 2016 et compte tenu du résultat de l'expertise mise sur pied. 19. Dans un rapport du 16 mai 2017 adressé à l'OAI, le docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a estimé que le rapport d'expertise de la Dresse K_____ n'avait pas une valeur probante suffisante. L'experte, stressée par le temps dès le début de l'entretien d'évaluation et ayant écourté ce dernier à la suite de téléphones reçus, n'avait pas suffisamment clarifié les limitations fonctionnelles de l'assuré. Elle n'avait pas répondu clairement aux diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail ; elle n'avait pas expliqué pourquoi le diagnostic qu'elle retenait (épisode dépressif moyen) n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail ; la description clinique laissait entendre des limitations fonctionnelles significatives, mais le test selon l'échelle Hamilton de la dépression indiquait un épisode dépressif léger (selon l'experte), tandis que le test selon l'échelle Hamilton d'évaluation de l'anxiété devait n'avoir pas été effectué (le score de 8 étant impossible pour un patient poly plaintif ayant un épisode dépressif moyen, et pouvant résulter d'une erreur de frappe [8 au lieu de 18]). Il était incompréhensible d'avoir dosé le Trittico (pris si besoin en fonction des insomnies, donc logiquement sous dosé) mais pas le traitement antidépresseur pris quotidiennement avec une bonne compliance. L'experte avait exclu une fibromyalgie sans être médecin somaticien et n'avait pas passé en revue les critères diagnostics d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Le Dr L_____ partageait l'avis du Dr E_____ que, selon l'ancienne jurisprudence sur ce type de troubles, il ne pouvait, en 2014, être retenu une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail ; selon la nouvelle jurisprudence, il convenait de retenir une incapacité de travail médico-théorique d'environ 50 %, avis de psychiatre traitant qu'il y aurait lieu de faire confirmer par une expertise analysant les critères fixés par la nouvelle jurisprudence et passant en revue les critères de la CIM-10 pour lesdites affections F45.4 et F54. De plus, l'assuré avait dû être hospitalisé à Montana du 22 février au 7 mars 2017 en raison d'un épisode dépressif moyen F33.11 dans le contexte d'une insuffisance rénale aiguë. À teneur d'un rapport provisoire du 7 mars 2017 de la Clinique genevoise de Montana au Dr H_____, le docteur N_____, médecin interne, l'assuré avait séjourné dans ladite clinique du 22 février au 7 mars 2017 en raison, principalement, d'un trouble dépressif récurrent (épisode moyen) et, secondairement, d'une hypovitaminose et d'une insuffisance rénale aiguë. Il lui fallait, à la sortie, bénéficier de ses suivis habituels auprès

des Drs H_____ et L_____. Par une mention apposée au bas du rapport du Dr L_____, l'assuré a invité l'OAI à revenir sur sa décision de non-entrée en matière, à laquelle il déclarait faire opposition. 20. Par acte du 31 mai 2017, l'assuré a recouru contre cette décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant préalablement à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée et, au fond, à ce que ladite décision soit annulée et que le droit à une demi-rente d'invalidité lui soit reconnu à partir du 15 avril 2015, sous suite de frais et dépens. 21. Les rapports de ses médecins traitants étaient en contradiction manifeste avec les rapports du SMR et l'expertise de la Dresse K_____. Reprenant les arguments avancés par le Dr L_____ dans le rapport précité, l'assuré contestait la force probante de l'expertise de la Dresse K_____, qui, selon lui, n'avait pas été réalisée dans les règles de l'art (entretien d'évaluation effectué trop rapidement, écourté, test Hamilton de l'évaluation de l'anxiété). L'experte avait écarté sans explication et sans examen approfondi les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistant et de fibromyalgie, sans faire référence aux critères établis par la jurisprudence et de façon subjective, arrivant à la conclusion hâtive et peu motivée que l'assuré avait une pleine capacité de travail. La négation d'un trouble somatoforme douloureux allait dans le sens contraire de ce que le Dr E_____ admettait. Un examen attentif et approfondi des critères de la CIM-10 pour le trouble somatoforme douloureux persistant F45.4 ou d'une entité associée F54 permettrait de retenir une incapacité de travail médico-théorique d'au moins 50 %, ouvrant ainsi à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité, et ce à tout le moins à compter du 15 mars 2015 dès lors que la demande de prestations avait été déposée le 15 octobre 2014. 22. Par mémoire du 27 juin 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'expertise de la Dresse K_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Ainsi que l'indiquait le SMR dans un avis du 26 juin 2017 (joint à la réponse au recours), le rapport du Dr L_____ du 16 mai 2017 et le rapport de la Clinique genevoise de Montana du 7 mars 2017 ne comportaient aucun élément susceptible de faire une appréciation différente du cas de l'assuré. L'experte avait expliqué, dans son rapport, pourquoi elle retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen et excluait celui de trouble somatoforme douloureux. Elle avait rapporté que l'assuré n'avait présenté aucun symptôme de douleurs, et elle avait analysé les indicateurs établis par la jurisprudence (absence de symptômes douloureux, absence de trouble de la personnalité, ressources suffisantes et intactes). Elle avait procédé aux examens biologiques nécessaires pour qu'elle puisse se prononcer, en l'occurrence à propos de troubles du sommeil avec des cauchemars (que la non-prise du Trittico était susceptible de mettre en doute). Le Dr L_____ ne faisait qu'une évaluation différente d'un même état de fait. L'hospitalisation de l'assuré à Montana avait été due à une péjoration sur le plan thymique, mais l'assuré avait pu se reposer et reprendre des forces, sans que le traitement psychotrope ne soit modifié pour sa sortie. 23. L'assuré n'a pas formulé d'observations ni joint de nouvelles pièces après que la CJCAS lui eut donné la possibilité de le faire. 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), 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du

titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA), par une personne ayant qualité pour recourir dès lors qu'elle est touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3 ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Si une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations devant être effectuée d'office convainc que certains faits sont établis et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, l'assureur ou le juge peuvent renoncer à administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2016 du 31 mai 2016 consid. 4.2) ; une telle appréciation anticipée des preuves ne viole pas le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, aient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, lignes qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici dans le détail. Il sied de relever que 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 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). 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur

[ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, s'agissant de la LAI, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5^{ème} révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, et la 4^{ème} révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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). 4. a. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. b. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 % à 49 %, de 50 % à 59 %, de 60 % à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). c. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est ainsi une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss), même si elle comprend un aspect médical important puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, attestée médicalement (consid. 2c). 5. 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 I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il ne suffit pas de constater que l'assuré n'exerce pas une activité lucrative suffisante ; il faut se demander si 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 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Les circonstances qui peuvent faire apparaître la valorisation de la capacité résiduelle de travail sur le marché du travail comme étant inexigible sont notamment la gravité notable, l'intensité, l'étendue et la durée de l'atteinte psychique à la santé, les atteintes physiques chroniques associées d'une durée de plusieurs années en présence de symptômes inchangés ou en progression et sans phases de rémission, des résultats insatisfaisants du traitement malgré des efforts de traitement conséquents et suivis (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1192 s.).

Par arrêt du 30 novembre 2017 (8C_841/2016 , 8C_130/2017), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence pour les troubles psychiques en matière d'AI. 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, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. Pour les dépressions légères à moyennes en particulier, cela a pour conséquence que le critère de « résistance à la thérapie » comme condition pour obtenir une rente AI n'a plus la même importance.

6. a.

S'agissant des troubles somatoformes douloureux, il sied de rappeler que, dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques – comportant les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psycho-somatiques assimilées, dont la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1) – pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et

l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss). b. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption 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. 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. 7. a. En l'espèce, la demande de prestations présentée en octobre 2014 par le recourant se bornait à indiquer, au chapitre des atteintes à la santé, « Mal partout et dépression », et elle ne citait que le Dr E_____ comme médecin auprès duquel il était alors en traitement. Aussi l'intimé a-t-il requis un rapport dudit psychiatre. [endif]>[if> Dans son rapport du 12 décembre 2014, ce dernier a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F33.11) depuis le 28 février 2014 ainsi que, sans effet sur la capacité de gain du recourant, de trouble somatoforme douloureux (F45) versus

de facteurs psychologiques associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54), en précisant que les critères de gravité requis par la jurisprudence ne permettaient pas de retenir de tels troubles comme incapacitants, et il a indiqué simplement que des investigations somatiques étaient en cours (sans faire mention du médecin somaticien qui les menait). Le Dr E_____ a soutenu le même point de vue dans ses rapports subséquents des 8 juin 2015 et 18 janvier 2016, dont il résulte que, cliniquement, il estimait le recourant totalement incapable de travailler, mais devait concéder que, du point de vue médico-théorique au regard de la jurisprudence alors en vigueur, les atteintes à la santé précitées n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant, au point qu'un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire. b. À juste titre au regard de son devoir d'établissement des faits en application de la maxime inquisitoire, l'intimé n'en a pas moins estimé nécessaire, sur préavis du SMR, de se renseigner sur toutes les atteintes à la santé dont le recourant pouvait être affecté, en s'adressant, après avoir obtenu son identité, au médecin somaticien du recourant, le Dr H_____. Ce dernier lui a alors indiqué, le 28 janvier 2016 (en confirmation d'ailleurs de ce que le Dr E_____ avait signalé dans son rapport dix jours plus tôt), qu'une polyarthrite rhumatoïde avait été exclue, et il a évoqué pour le surplus une symptomatologie psychique, à savoir une dépression moyenne, des décompensations dépressives moyennes, ajoutant que celles-ci étaient en lien avec des douleurs diffuses fibromyalgiques. Concernant celle-ci, il ne précisait nullement les symptômes qui justifiaient d'en retenir une (en particulier le nombre de points de fibromyalgie sensibles), et il ne déduisait aucun effet incapacitant d'une fibromyalgie, puisqu'il a indiqué que, d'un point de vue médical, tant l'activité exercée jusque-là (soit l'activité dite habituelle) qu'une activité adaptée étaient exigibles à 100 % (avec une baisse de rendement de 20 % s'agissant de l'activité habituelle), les limitations fonctionnelles du recourant ne consistant que dans le fait de n'avoir pas à soulever des poids de plus de 10 kg et de pouvoir changer de position une fois par heure. Il n'y a pas d'autre(s) élément(s) – et le recourant n'en a produit aucun à ce sujet – qui justifierai(en)t de retenir que le recourant est atteint de fibromyalgie. Ce sujet n'a pas été éludé lors de l'évaluation d'entretien que le recourant a eu avec l'experte, mais il n'en est pas ressorti d'éléments devant conduire à retenir une fibromyalgie incapacitante. L'instruction du dossier ne peut être considérée comme lacunaire sur ce point, pas plus que ne peut être critiquée la conclusion, incluse dans la conclusion plus générale que l'intimé a tirée du rapport d'expertise et du rapport du SMR, que le recourant n'est pas atteint d'une fibromyalgie incapacitante. C'était uniquement sur le plan psychiatrique que se posait la question de savoir, au vu des éléments du dossier, si le recourant était atteint d'une pathologie psychiatrique, y compris un trouble somatoforme douloureux persistant, qui fût de surcroît source d'incapacité de gain. Aussi est-ce à juste titre que l'intimé, à la suite des observations formulées par le recourant consécutivement à la décision qu'il lui avait annoncé vouloir rendre, a ordonné une expertise dans la seule discipline ici pertinente, à savoir la psychiatrie. 8. a. En plus de n'être pas prolix (ce qui constitue plutôt une qualité), voire d'être concis, le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse K_____, dont l'intimé, à la suite de l'avis du SMR, a suivi les conclusions satisfait d'un point de vue formel aux exigences jurisprudentielles. Comme relaté dans la partie En fait (ch. 16), il comporte un énoncé au demeurant développé et structuré des données subjectives de même que celui des données objectives, se prolonge par une discussion du cas centrée sur les points pertinents, et il aboutit à des conclusions claires, à savoir que si le recourant peut avoir des épisodes de décompensations psychiques et doit suivre un traitement ambulatoire psychiatrique et psychothérapeutique, justifiant que

soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen mais pas de trouble somatoforme douloureux persistant, il ne présente pas d'incapacité de travail durable, ni dans son activité habituelle ni dans une activité adaptée, référence étant faite à cet égard aux « formes de douleurs à l'origine de son incapacité fonctionnelle », par quoi il faut manifestement entendre – en plus, le cas échéant et pour la durée limitée de leur manifestation, d'épisodes de décompensations psychiques – les limitations précitées, fort limitées et en elles-mêmes pas incapacitantes, évoquées par le médecin somaticien. L'appréciation que l'experte n'a pas pris un temps suffisant pour mener l'entretien d'évaluation et a même écourté ce dernier à la suite de téléphones reçus est celle, toute subjective, du recourant. Rien ne permet de la retenir comme un motif objectif d'amoindrissement de la valeur probante de l'expertise. La qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise ne dépend pas de façon proportionnelle du temps consacré à l'entretien et à l'observation du comportement de l'expertisé, l'expert devant se forger une opinion sur la base de l'ensemble du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3 ; ATAS/246/2017 du 28 mars 2017 consid. 5g). Il sied de relever que le recourant, concernant notamment l'anamnèse (qui, à le croire, aurait été bâclée), s'est largement appuyé sur le rapport d'expertise pour énoncer les faits pertinents de la cause dans son recours, sans corriger ou compléter notamment les données anamnestiques. b. D'un point de vue matériel, l'intimé a demandé à l'experte d'appliquer les critères établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. Le rapport d'expertise ne repose pas sur une présomption que le recourant pourrait surmonter un trouble somatoforme douloureux persistant ou plus généralement son trouble psychique par un effort de volonté raisonnable. On discerne au contraire que l'experte a fait référence aux facteurs extérieurs incapacitants et aux ressources de compensation du recourant et a procédé à une pondération de ces indicateurs. En plus de s'être fait le porte-parole d'une perception subjective du recourant quant à une disponibilité insuffisante dont l'experte aurait fait montre, et d'avoir par-là manifesté la propension d'un médecin traitant à n'avoir souvent pas un recul suffisant pour émettre un avis pleinement probant, le (nouveau) psychiatre traitant du recourant n'a pas avancé d'éléments qui fragiliseraient le rapport d'expertise. Dans la discussion du cas, l'experte a indiqué les éléments qu'elle estimait en faveur du diagnostic d'épisode dépressif récurrent avec une symptomatologie dépressive moyenne, à savoir, avant tout, une perte de plaisir, une perte d'intérêts, une fatigue et une démotivation, également des pensées récurrentes de mort, une perte de confiance en soi avec une baisse de l'estime de soi, des difficultés de concentration, une perturbation de la qualité et de la quantité du sommeil. La pose de ce diagnostic n'implique cependant pas la reconnaissance d'un caractère invalidant. En l'occurrence, l'experte relevait qu'une médication psychotrope appropriée était associée à une psychothérapie. La critique faite par le psychiatre traitant à l'experte d'avoir, au niveau des examens biologiques qu'elle a effectués, dosé le Trittico mais pas le traitement antidépresseur, n'est pas fondée. Comme les médecins du SMR l'ont relevé dans leur avis médical du 26 juin 2017, il appartenait à l'experte de faire les examens lui apparaissant pertinents, et elle l'avait fait en l'occurrence pour le Trittico en lien avec les troubles du sommeil avec des cauchemars dont se plaignait le recourant, dans une mesure susceptible d'être mise en doute au vu d'un tel monitoring médicamenteux. Quant au diagnostic non retenu de trouble somatoforme douloureux persistant, l'experte a expliqué dans son rapport que si elle a capté un sentiment de détresse lors de l'entretien d'évaluation, force était de

retenir que les douleurs manifestées par le recourant étaient de type de contractures ; il n'y avait pas eu de rictus, de boiterie, de changement fréquent de position ou de maintien, une extrême lenteur, des gémissements ou une marche voûtée. Cela permettait d'exclure une douleur vécue au moment de l'évaluation, étant précisé qu'un syndrome douloureux persistant doit survenir en dehors d'un trouble de l'humeur pour pouvoir être retenu comme diagnostic, à teneur des critères d'exclusion de la CIM-10. L'experte a indiqué que l'origine organique des douleurs du rachis lombaire du recourant était objectivée par un examen radiologique effectué en 2013, qui avait mis en avant un canal lombaire étroit prédominant en L2-L3 et L4-L5 d'origine mixte (constitutionnelle et dégénérative), mais a précisé que, selon les dires mêmes du recourant, ces douleurs étaient sédâtées par un traitement antalgique à base de Dafalgan et de Brufen. L'experte a estimé que le caractère consistant des douleurs était mis en cause dans la cohérence des douleurs décrites et le comportement affiché, et que les plaintes étaient manifestement excessives, contexte dans lequel elle a précisé qu'elles la laissaient insensible comme experte. L'experte a évoqué succinctement la structure de personnalité du recourant et considéré que ce dernier disposait de ressources de compensation devant lui permettre de s'impliquer dans une activité et de participer à la vie sociale. c. Il faut admettre que, contrairement à ce que prétend le recourant et son psychiatre traitant, l'experte a examiné les critères des atteintes à la santé évoquées et appliqué les indicateurs établis par la jurisprudence pour les troubles somatoformes douloureux persistants et, plus généralement, les troubles psychiques. Satisfaisant aux exigences matérielles requises, le rapport d'expertise de la Dresse K_____ doit se voir reconnaître force probante. Il n'y a pas matière à ordonner une nouvelle expertise psychiatrique du recourant. C'est à bon droit que l'intimé, au demeurant sur préavis du SMR, a fait siennes les conclusions de ce rapport d'expertise. 9. À défaut d'invalidité, l'intimé devait refuser la demande de rente d'invalidité présentée par le recourant, de même d'ailleurs – sujet ici non litigieux – que des mesures d'ordre professionnel. !endif]>!if> Le recours est mal fondé. Il doit être rejeté. 10. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.- * il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).!endif]>!if> * Rectification d'une erreur matérielle (art. 85 LPA) le 27 avril 2018/MRL/nrm Vu son issue, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPG). * * * * * 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.