

GE_GERICHTE A/334/2016 vom 28. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_334_2016

FR: GE_GERICHTE A/334/2016 du 28 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/334/2016 del 28 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CONCHES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Baptiste VAUDAN 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 le _____ 1960, originaire du Kosovo, au bénéfice d'un diplôme d'ingénieur mécanicien, est arrivé en 1999 en Suisse, où il a travaillé dès 2001 en tant que technicien-mécanicien pour les chemins de fers fédéraux (ci-après les CFF).! [endif]>![if> 2. Depuis le 13 octobre 2008, l'assuré est en incapacité de travail totale.! [endif]>![if> 3. Le 13 janvier 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).! [endif]>![if> 4. Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée les 4 et 11 novembre 2009 par les docteurs B_____, spécialiste FMH en neurologie, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du CEMED. Par rapport du 9 avril 2010, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier souffrait d'un status après cure de hernie inguinale gauche (2006), d'un status après révision inguinale et triple neurectomie inguinale gauche (13 octobre 2008), d'une inguinodynie persistante et de troubles sensitifs superficiels sans explication somatique (présents depuis 2008) et d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 2004. Les plaintes d'anxiété, de nervosité, d'irritabilité, d'une humeur légèrement triste n'étaient pas assez sévères pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif. La discrète atteinte somatique n'expliquant pas suffisamment la symptomatologie douloureuse, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques pouvait être retenu. L'activité de technicien-mécanicien dans l'entretien des trains était encore exigible, à l'exception du port de charges particulièrement lourdes (plus de 25 kg).! [endif]>![if> 5. Par avis du 8 juillet 2010, le SMR a repris les conclusions des experts. Les documents ultérieurs à l'expertise faisaient état d'un syndrome d'apnée du sommeil qui avait été traité de manière chirurgicale et justifiait une incapacité de travail durant la seule période d'hospitalisation du 6 au 8 avril 2010 et une convalescence d'un mois au maximum. Ces documents ne permettaient donc pas de modifier les conclusions des experts. ! [endif]>![if> 6. Par décision du 3 décembre 2010, entrée en force, l'OAI a rejeté la demande de prestations, étant donné que l'assuré ne présentait aucun diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail, laquelle était totale dans toute activité.! [endif]>![if> 7. Par rapport du 14 mars 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté une cervicarthrose atloïdo-axoïdienne et cervicale intersomatique de l'étage C4-C5 à C6-C7, à prédominance C4-C5. ! [endif]>![if> 8. Du 9 février au 28 mars 2011, l'assuré a été pris en charge par le centre de thérapies brèves (CTB). Par rapport du 5 avril 2011, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode

dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et un syndrome somatoforme douloureux (F45.4). ![/endif]>![if> 9. Le 6 septembre 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecine intensive, a relevé que selon l'assuré, la seule situation confortable était la position couchée. Le médecin s'est dit un peu troublé par la notion de faiblesse du membre inférieur gauche lorsque l'assuré faisait un effort et par une éventuelle dysesthésie. En tout état de cause, il n'y avait pas d'indication à un traitement antalgique interventionnel. ![/endif]>![if> 10. Par rapport du 24 octobre 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a relevé un canal cervical étroit étagé en C4-C5, C5-C6 et C6-C7, une sténose foraminale en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 droit et une sténose foraminale de bas grade de C6-C7 gauche. ![/endif]>![if> 11. Par courrier du 28 novembre 2011 à l'OAI, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler en raison de ses douleurs chroniques. ![/endif]>![if> 12. Par décision du 13 février 2012, entrée en force, l'OAI a refusé d'entrer en matière. ![/endif]>![if> 13. Le 5 mars 2013, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations, en raison d'un syndrome douloureux chronique et d'une dépression sévère. Des pièces ont été versés au dossier, soit: ![/endif]>![if> - un rapport du 22 mai 2012 du docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant qu'il n'était pas possible de retenir une cause neurogène pour la faiblesse proximale du membre inférieur gauche et qu'il s'agissait probablement d'une parésie algique; ![/endif]>![if> - un rapport du 16 juillet 2012 du Dr H_____, expliquant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 3 décembre 2010. Les diagnostics étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif (F32.10), des hernies multi-étagées cervicales, une hypertension traitée, un status post-opératoire hernie inguinale et un status post-opératoire obstructive nasale chronique avec syndrome des apnées du sommeil. L'assuré avait développé un état dépressif avec anhédonie, aboulie partielle, idées de mort passive et troubles du sommeil. Si, sans cet état dépressif, la capacité de travail était encore présente, avec celui-ci, associé aux douleurs chroniques, on ne pouvait plus exiger de l'assuré qu'il travaille depuis le 9 février 2011, voire plusieurs mois avant. Fonctionnellement, l'assuré était limité par la présence de douleurs intenses liées à la position debout ou assise. La seule position qui ne le faisait pas souffrir semblait être la position couchée. De ce fait, en association avec l'état dépressif et les hernies cervicales, le médecin ne voyait plus de possibilité pour cet assuré de travailler; ![/endif]>![if> - un rapport du 19 septembre 2012 par lequel les docteurs J_____, spécialiste FMH en neurologie, et le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont diagnostiqué des douleurs inguinales gauches chroniques et un épisode dépressif moyen. Ces douleurs avaient une composante très certainement neurogène périphérique qui n'expliquait néanmoins pas l'ampleur des symptômes, ni l'extension des dysesthésies pour lesquelles les médecins devaient faire l'hypothèse de phénomènes de sensibilisation centrale possible aggravés par une altération du seuil de la douleur dans le cadre d'un effondrement dépressif; ![/endif]>![if> - un rapport du 2 octobre 2012 du docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, constatant au genou droit, un épanchement intra-articulaire, une chondropathie rotulienne et surtout condylienne grade III avec lésions ostéochondrales de localisation antérieure, une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne, une dégénérescence du ménisque externe et un œdème intra-spongieux sous le condyle fémoral interne; ![/endif]>![if> - un rapport du 20 octobre 2012 du docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant notamment suivre

l'assuré depuis le 14 mai 2012 pour une dépression majeure sévère et un syndrome douloureux somatoforme dans le cadre d'une hernie inguinale ainsi que des hernies cervicales. Il se plaignait de douleurs qui n'étaient soulagées que partiellement en position couchée. Le traitement suivi avait amélioré légèrement le tableau anxio-dépressif mais la symptomatologie douloureuse restait inchangée. Sa capacité de travail était nulle;![endif]>![if> - un rapport du 26 octobre 2012 du Dr I_____, relevant l'absence de signe lésionnel radiculaire au membre inférieur gauche;![endif]>![if> - un rapport du 12 novembre 2012 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en radiologie, faisant état à l'épaule gauche de l'assuré d'un discret remodelé dégénératif acromio-claviculaire et d'une tendinopathie micro-fissuraire centrale du tendon du sus-épineux;![endif]>![if> - un rapport du 15 février 2013 du docteur O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, diagnostiquant au genou droit de l'assuré, une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante, une déviation en varus de 5° et une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne. Il préconisait un traitement conservateur. ![endif]>![if> 14. Par rapport du 20 mars 2013, le Dr H_____ a relevé une aggravation de l'état dépressif de l'assuré lié aux douleurs chroniques et nécessitant un suivi psychiatrique. Les douleurs neurogènes s'étaient aggravées et d'autres douleurs s'étaient associées (arthrose, hernies pluri-étagées cervicales, périarthrite scapulo-humérale gauche) rendant la situation plus difficile à gérer. Une reprise du travail ne paraissait pas envisageable. ![endif]>![if> 15. Le 25 mars 2013, le Dr I_____ a indiqué l'absence d'aggravation sur le plan somatique. Les douleurs importantes dont souffrait l'assuré pouvaient s'expliquer par un effondrement dépressif.![endif]>![if> 16. Par rapport du 30 mars 2013, le Dr M_____ a indiqué notamment que l'assuré souffrait d'une dépression majeure sévère et d'un syndrome douloureux somatoforme. L'assuré était triste, anxieux, désespéré, avec des idées noires sans idéation suicidaire, des insomnies et un profond sentiment d'incompréhension. Selon le rapport des HUG, les douleurs inguinales chroniques ainsi que l'extension des dysesthésies pouvaient s'expliquer par des phénomènes de sensibilisation centrale aggravés par une altération du seuil de la douleur dans le cadre d'un effondrement dépressif. Depuis décembre 2010, le tableau clinique du patient s'était aggravé de manière significative, sur les plans somatique et psychique, nécessitant un séjour au CTB pendant sept semaines. Il semblait clair que la symptomatologie anxio-dépressive était secondaire à un syndrome douloureux chronique d'origine somatique et post-chirurgical. La capacité de travail de l'assuré était nulle. ![endif]>![if> 17. Par rapport du 29 mai 2013, le Dr H_____ a diagnostiqué notamment des douleurs neurogènes post-opératoires, un état dépressif réactionnel, des hernies cervicales, un canal cervical étroit et de l'arthrose. L'assuré, qui ne pouvait bouger, était plaintif, fatigué, démotivé et souffrait d'un épuisement en raison des douleurs chroniques. Il présentait également un ralentissement intellectuel et émotionnel. Son incapacité de travail était totale dans toute activité depuis août 2008.![endif]>![if> 18. Par rapport du 2 juillet 2013, le Dr M_____ a indiqué notamment qu'en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F33.1), des douleurs inguinales gauches chroniques, l'assuré était en incapacité de travail totale dans toute activité. Il avait été mis sous traitement psychothérapeutique et pharmacologique avec une amélioration légère du tableau anxio-dépressif, mais la symptomatologie douloureuse restait inchangée. Il conservait actuellement une symptomatologie dépressive moyenne à sévère. Le caractère revendicatif des plaintes, présentes tout au long du discours, semblait tout à fait authentique. L'effondrement dépressif accroissait l'ampleur de sa symptomatologie. Sa capacité de

travail était nulle et le pronostic quant à une reprise de l'activité professionnelle semblait très sombre. Il se plaignait de douleurs perpétuelles qui n'étaient soulagées que partiellement en position couchée et dans l'eau. L'état physique et psychique de l'assuré l'empêchait d'exercer une activité professionnelle structurée. !endif>!

depuis environ sept ans, elles s'étaient diffusées progressivement sur tout le corps. L'intensité des douleurs, à tous les sites, était de 10/10. Après avoir procédé au status somatique et à l'examen du dossier radiologique, l'expert rhumatologue a relevé que l'analyse des actes du dossier et des diagnostics ne permettait pas de comprendre pourquoi l'assuré avait évoqué fréquemment que seule la position couchée était possible. Or, un état grabataire ne se justifiait pas au vu des diagnostics. Il avait pu faire le voyage depuis Genève sans prendre sa médication antalgique et il ne démontrait ni un faciès crispé, ni d'autre signe extérieur de souffrance tout au long de la journée de l'examen. Au délai d'observation de dix ans depuis l'apparition des symptômes et de plus de quatre ans depuis la précédente expertise, cliniquement, l'assuré se présentait en excellent état général apparent, s'exprimant bien, gardant le focus de l'attention, ne paraissant pas algique lors de l'entretien et ne manifestant pas de signe extérieur de souffrance. Il était agile pour se mobiliser lors du déshabillage. L'examen du rachis ne montrait pas de trouble statique, ni fonctionnel reproductif. Il existait une allodynie étendue des tissus cutanés et sous-cutanés, des atypies avec des douleurs à distance des sites testés, sans relation anatomique, et une variation des amplitudes articulaires selon la distractibilité du patient. Il existait des contre-pulsions sur les mêmes groupes musculaires où l'expert avait observé des lâchages dans le cadre du même temps de l'examen. Cela constituait des discordances, en nombre. L'absence de déformation, l'absence de gonflement articulaire, l'absence d'amyotrophie et l'observation d'une gestuelle parfaitement normale, à plusieurs reprises lors du status, permettait d'écartier que l'appareil locomoteur soit responsable des plaintes de l'assuré. On pouvait raisonnablement conclure que l'examen de l'appareil locomoteur était normal pour l'âge de l'assuré et compte tenu de son obésité. Cela concordait avec un examen normal, comme le Dr I_____ l'avait fréquemment relevé. Il existait des signes de Matheson évoquant des éléments de majoration et des signes de Waddell, en nombre, avec des éléments de discordances multiples. En l'absence de pathologie objective justifiant des limitations fonctionnelles durables, la capacité de travail de l'assuré était entière, hormis le port de charges supérieures à 25 kg. L'expert a noté que ses conclusions au plan somatique restaient compatibles avec celles de la première expertise. Il n'y avait pas d'aggravation significative depuis 2009, mise à part l'obésité qui s'était un peu aggravée et le fait que l'assuré avait quatre ans de plus. Cela ne s'associait pas à un déconditionnement tel qu'il ne puisse pas reprendre son activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, l'assuré se sentait très mal, fatigué, angoissé, sans confiance en lui, avec des ruminations, des idées noires et des idées suicidaires en permanence. Il disait n'avoir aucune concentration et avoir perdu la mémoire ancienne et récente. Au status, l'expert a notamment relevé que l'assuré était prolix, tonique et répondait rapidement aux questions posées. Il n'y avait pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur mis en évidence. L'expert psychiatre a noté que l'assuré était bien vigilant, attentif et tonique. Il verbalisait de nombreuses douleurs somatiques et psychiques. Il restait néanmoins évasif lorsque l'expert cherchait à préciser la symptomatologie psychique, en particulier, lorsqu'il évoquait une thymie à zéro, tout en se montrant tonique, et des idées suicidaires, non décrites malgré les questions. Il se disait en permanence fatigué et épuisé, ce qui n'était nullement objectivé durant la journée d'expertise. De même, les importantes difficultés alléguées concernant son attention, sa concentration et sa mémoire n'avaient pas été mises en évidence durant l'examen. S'agissant de l'importante médication prescrite, l'assuré avait affirmé dans la matinée à la Dresse Q_____ avoir pris tous les antalgiques. L'après-midi, il avait indiqué à la Dresse R_____ n'avoir pris aucun antalgique, mais uniquement le remeron® la veille et un comprimé de

duloxétine. Les taux sériques effectués le jour de l'expertise avaient révélé toutefois l'absence de remeron®. Les résultats de l'analyse sanguine ayant été adressés aux médecins traitants, le Dr M_____ a indiqué dans un rapport du 27 mars 2015 que le traitement de remeron avait pris fin le 15 janvier 2015. L'expert a relevé notamment que malgré les importantes douleurs permanentes alléguées, l'assuré n'avait pas jugé utile de prendre au moins un antalgique le jour de l'expertise, ceci sans qu'il ne puisse en justifier la raison. Si l'on se référait uniquement aux plaintes de l'assuré, celles-ci correspondaient à un épisode dépressif sévère selon la CIM-10. Si l'on s'en tenait à ce qui était objectivé cliniquement, au fonctionnement au quotidien, aux loisirs et à la sociabilité de l'assuré, les symptômes étaient insuffisants pour retenir même une dysthymie. Comme lors de l'examen somatique, l'expert se trouvait face à des discordances importantes entre les plaintes alléguées et les constatations objectives. Bien que de nombreuses plaintes somatiques soient mises en avant, en l'absence d'une détresse émotionnelle majeure, l'expert ne retenait pas un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), voire une amplification de symptômes. Ses observations et conclusions rejoignaient celles du Dr C_____. Il n'y avait pas d'élément probant objectif pour attester une aggravation entre 2010 et 2015. La capacité de travail était totale dans toute activité. S'agissant du pronostic, l'expert a noté que des facteurs extra-médicaux étaient présents. L'assuré s'était installé dans un rôle d'invalidé, raison pour laquelle le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle était des plus mauvais. Ceci sortait du champ médical. En conclusion, depuis la dernière expertise, les experts n'avaient pas trouvé d'altération significative de l'état de santé de l'assuré permettant de reconnaître une aggravation objective. Ce dernier gardait un état général et fonctionnel de l'appareil locomoteur permettant, tout comme lors de l'expertise de 2009-2010, de mettre en valeur une pleine exigibilité dans son ancienne activité ou toute activité semblable, ne sollicitant pas de charges répétitives de plus de 25 kg. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'aggravation, ni de limitation ; sa capacité de travail était entière. 27. Par avis du 23 octobre 2015, le SMR s'est référé aux conclusions de l'expertise.![endif]>![if> 28. Par projet de décision du 6 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations d'invalidité.![endif]>![if> 29. Dans le cadre de la procédure d'audition de l'assuré, ce dernier a eu un entretien à l'OAI le 24 novembre 2015. ![endif]>![if> 30. Par décision du 16 décembre 2015, l'OAI a confirmé la teneur de son projet, précisant que l'assuré ne l'avait pas contesté dans le délai fixé. Il résultait de l'instruction que la situation médicale de l'assuré ne s'était pas modifiée depuis la décision du 3 décembre 2010. L'assuré ne souffrait d'aucune atteinte ayant une influence sur sa capacité de travail ou de gain. Les conditions d'octroi de prestations n'étaient donc pas remplies.![endif]>![if> 31. Le 6 janvier 2016, l'assuré a fait valoir que, contrairement à ce qui était indiqué dans la décision, il avait contesté le projet de décision, puisqu'il s'était présenté personnellement au rendez-vous du 24 novembre 2015.![endif]>![if> 32. Le 8 janvier 2016, l'OAI a relevé que l'assuré s'était présenté au rendez-vous sans document probant permettant une nouvelle évaluation. L'OAI lui avait fixé un délai au 16 décembre 2015 pour qu'il puisse transmettre les pièces médicales attestant d'une modification de son état de santé, ce que l'assuré n'avait pas fait. ![endif]>![if> 33. Par acte du 29 janvier 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle des Drs H_____ et M_____, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière dès le 5 mars 2013, et subsidiairement, au renvoi du

dossier pour instruction complémentaire. Le recourant fait valoir qu'il avait remis, le jour de l'entretien le 24 novembre 2015, un rapport du Dr H_____ du 23 novembre 2015, qu'il versait à la procédure. En outre, le 9 décembre 2015, le Dr M_____ avait adressé un rapport à l'OAI, que le recourant versait également à la procédure. Ainsi, de manière erronée, l'intimé avait rendu sa décision litigieuse, estimant que le recourant n'avait pas contesté son projet. Son droit d'être entendu avait donc été violé et la décision devait être annulée. En outre, le recourant a fait valoir que les experts n'avaient pas examiné son état de santé conformément à la nouvelle jurisprudence applicable au trouble somatoforme douloureux et l'intimé n'avait pas expliqué pour quelle raison il préférait l'avis des experts à ceux des médecins traitants. Enfin, les experts eux-mêmes reconnaissent que le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle était des plus mauvais.!

À l'appui de ses griefs, le recourant a produit : - un rapport du Dr H_____ du 23 novembre 2015 confirmant qu'à son avis, le recourant n'était pas apte à travailler, que l'ensemble du tableau, en particulier psychiatrique, s'était aggravé, ce qui ne laissait au recourant aucune possibilité de gérer l'ensemble de sa maladie. Il avait perdu tous ses contacts, excepté sa famille, et le médecin considérait qu'il n'était plus apte à s'intégrer dans un contexte social, en particulier dans un environnement de travail ;!

- un rapport du Dr H_____ du 4 décembre 2015 au Dr M_____, indiquant notamment que le recourant souffrait de plusieurs atteintes somatiques (hernie discale cervicale, lombalgies et périarthrite huméroscapulaire associées à des douleurs neurogènes, arthrose du genou, etc.), mais que c'était surtout l'association avec la dépression sévère qui ne permettait pas au patient de gérer sa situation. Celle-ci n'allait pas évoluer puisqu'elle s'était chronifiée avec un pronostic assez défavorable quant à une amélioration des douleurs neurogènes ;!

- un rapport du Dr M_____ du 9 décembre 2015, certifiant une prise en charge globale du recourant incluant la prescription de cymbalta® et stilnox®. Avec le traitement instauré, il avait évolué de manière très fluctuante, oscillant entre une humeur dépressive « moyenne de base à sévère », ainsi qu'une symptomatologie douloureuse accompagnante qui ne réagissait que partiellement à l'hydrothérapie. La poursuite du traitement pouvait lui permettre d'améliorer sa qualité de vie, mais elle ne lui permettrait pas de travailler de manière moyennement structurée. Le médecin confirmait une incapacité de travail totale définitive et la participation à un projet de réinsertion professionnelle n'était pas envisageable. !

34. Par réponse du 23 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Pour le surplus, il a fait valoir que le droit d'être entendu du recourant n'avait pas été violé dès lors que celui-ci n'avait fourni aucun document dans le cadre de son audition. Par ailleurs, la jurisprudence applicable au trouble somatoforme douloureux, invoquée par le recourant, n'était pas applicable en l'espèce, étant donné que ce dernier ne souffrait pas de cette atteinte. En outre, selon un avis du SMR du 23 février 2016, versé à la procédure, aucun élément clinique objectif n'était apporté par le Dr H_____ dans ses rapports des 23 novembre et 4 décembre 2015, et en particulier, aucun nouveau diagnostic. Par ailleurs, dans son rapport du 9 décembre 2015, le psychiatre traitant retenait une humeur dépressive « moyenne de base à sévère » comme étant la cause d'une incapacité de travail totale et définitive. Or, autant en 2010 qu'en 2015, les experts concluaient à l'absence d'une atteinte incapacitante. Il existait une discordance notable entre l'anamnèse et les constatations des experts, selon lesquels les symptômes n'étaient même pas suffisants pour retenir une dysthymie. Le rapport du BEM avait pleine valeur probante et c'était à bon droit que le SMR s'était rallié à ses conclusions.!

35. Par réplique du 14 mars 2016, le

recourant a fait valoir que l'intimé ne pouvait transformer son opposition en un accord. Les experts du BEM n'avaient pas examiné son état de santé de façon globale alors que, compte tenu des symptômes révélés et des certificats produits, il existait un intérêt marqué à le faire, dans le sens de la nouvelle jurisprudence, qu'il s'agisse d'un cas de trouble somatoforme douloureux ou non. On ne pouvait se fonder uniquement, de façon arbitraire, sur une prétendue exagération des symptômes et passer sous silence le pronostic « des plus mauvais », mis en évidence par le BEM s'agissant de la reprise d'une activité professionnelle. Cette situation n'était pas imputable à une faute du recourant ; elle était la conséquence, sur son comportement, de l'accumulation des troubles médicaux avérés.!

36. Par duplique du 12 avril 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions.!

37. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger.!

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).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.!

3. Le recours a été formé, compte tenu des fériés du 18 décembre 2015 au 2 janvier 2016 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).!

Le recours est par conséquent recevable. 4. a. À titre préalable, le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu, dès lors que l'intimé a considéré à tort qu'il n'avait pas contesté le projet de décision. Pour ce motif, il conclut à l'annulation de la décision litigieuse.!

b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; ATF 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2 ; ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1; ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les

conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c; ATA/126/2013 du 26 février 2013). c. En l'espèce, l'intimé fait valoir que le recourant n'a pas transmis de rapports à l'appui de sa contestation du 24 novembre 2015, alors que le recourant allègue l'avoir fait. La chambre de céans constate que les pièces versées au dossier ne permettent pas de déterminer ce qu'il en est. Cela étant, quand bien même le recourant n'aurait pas adressé à l'intimé les documents requis, ce dernier ne pouvait en conclure que le recourant était désormais d'accord avec son projet de décision. La question de savoir si, en procédant de la sorte, l'intimé a violé le droit d'être entendu du recourant, peut toutefois rester ouverte. En effet, en toute hypothèse, la violation du droit d'être entendu est réparée dans le cadre de la présente procédure, puisque le recourant a pu faire valoir librement ses objections et produire les rapports médicaux à l'appui de celles-ci devant la chambre de céans, laquelle dispose d'un pouvoir d'examen identique à celui de l'intimé. Par conséquent, le grief de la violation du droit d'être entendu doit être écarté.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations du 5 mars 2013, plus particulièrement, s'il existe une modification sensible de l'état de santé du recourant et de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision de refus de rente du 3 décembre 2010, étant relevé que l'intimé n'est pas entré en matière lors de la deuxième demande de prestations du 28 novembre 2011.!

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

b. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 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, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. 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 ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la décision litigieuse, 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 juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances existant au moment du

prononcé de la nouvelle décision (ATF 133 V 545 consid. 6 et 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ces principes s'appliquent également en cas de nouvelle demande (ATF 130 V 71 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de

manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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). 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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). 9. 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision du 3 décembre 2010 et la décision querellée du 16 décembre 2015. Pour ce faire, il convient de procéder à une analyse comparative de la situation prévalant en 2010 et en 2015. En 2010, l'intimé a rejeté la première demande de prestations du recourant en se fondant sur le rapport d'expertise du 9 avril 2010 des Drs B_____ et C_____, dans lequel ces spécialistes ont uniquement retenu des diagnostics sans répercussion sur sa capacité de travail, à savoir un status après cure de hernie inguinale gauche, un status après révision inguinale et triple neurectomie inguinale gauche, une inguinodynie persistante, des troubles sensitifs superficiels sans explication somatique et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Les plaintes d'anxiété, de nervosité, d'irritabilité, d'une humeur légèrement triste n'étaient pas assez sévères pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif. Ainsi, la capacité de travail du recourant était entière dans son activité habituelle et dans toute activité, à l'exception du port de charges de plus de 25 kg. Dans le cadre de la nouvelle demande déposée par le recourant, l'intimé a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du BEM. Par rapport du 7 août 2015, les Dresses Q_____ et R_____ n'ont diagnostiqué aucun trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. Les experts ont indiqué que ce dernier souffrait en particulier d'une spondylodiscarthrose étagée, cervico-lombaire, modérée, avec anomalie de transition lombo-sacrée et olisthesis L5/S1 de premier degré, sans myélopathie ni radiculopathie, d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), de douleurs chroniques irréductibles, d'un syndrome d'apnée du sommeil mixte, à prédominance obstructive, d'un syndrome métabolique avec obésité, d'hypertension artérielle, de diabète de type II, d'une stéatose hépatique, d'un lupus érythémateux de forme cutanée, de type tumidus, sans répercussion systémique et d'une diverticulose sigmoïdienne. Les experts ont conclu que depuis la dernière expertise, il n'y avait pas eu d'altération significative de l'état de santé du recourant permettant de reconnaître une aggravation objective. Ce dernier gardait un état

général et fonctionnel de l'appareil locomoteur lui permettant, tout comme lors de l'expertise de 2009-2010, de mettre en valeur une pleine exigibilité dans son ancienne activité ou toute activité semblable, ne sollicitant pas de charges répétitives de plus de 25 kg. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'aggravation, ni de limitation et la capacité de travail du recourant était entière. b. Force est de constater que le rapport des Dresses Q_____ et R_____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et leurs conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. c. Le recourant est d'avis que cette expertise n'est pas probante dès lors que ses conclusions sont opposées aux appréciations émises par ses médecins traitants. Le Dr M_____, psychiatre traitant, a effectivement diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un épisode dépressif moyen ou sévère sans syndrome somatique (F33.1). Cela étant, on relèvera que s'agissant du trouble dépressif, l'expert psychiatre a dûment expliqué que si l'on se référait uniquement aux plaintes du recourant, celles-ci correspondaient certes à un épisode dépressif sévère, mais que si l'on s'en tenait à ce qui était objectivé cliniquement, au fonctionnement du recourant au quotidien, à ses loisirs et à sa sociabilité, les symptômes étaient insuffisants pour retenir même une dysthymie. Ainsi, l'expert a relevé que le recourant était prolixe, tonique et qu'il répondait rapidement aux questions posées. Il verbalisait une déprime, un découragement, mais sur un ton bien modulé. Aucune fatigabilité ou aucun ralentissement psychomoteur n'était mis en évidence et son attention, sa concentration et sa mémoire étaient dans les normes. Son énergie vitale était conservée, sans perte de l'initiative et sa sociabilité était bien maintenue. L'expert a ajouté que le recourant relatait une vision négative irréaliste des perspectives d'avenir, tout en évoquant un prochain voyage au Kosovo pour se rendre aux bains thermaux. Par ailleurs, alors qu'il évoquait un désir permanent de mort, interrogé sur son quotidien, il expliquait sortir chaque jour pour voir des amis, apprécier discuter avec eux, boire le café et jouer aux cartes. Par conséquent, dans les éléments florides de la lignée dépressive, l'expert n'avait objectivé ni une humeur dépressive, ni un manque d'énergie, ni un manque d'appétit (prise pondérale de 20 kg ces dernières années), ni une vision négative des perspectives d'avenir, ni une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer. Par ailleurs, si le Dr M_____ et la Dresse E_____ ont certes diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, la Dresse R_____ a toutefois dûment expliqué que même si de nombreuses plaintes somatiques étaient mises en avant, toutefois, en l'absence d'une détresse émotionnelle majeure, elle ne retenait pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), voire une amplification de symptômes. Au demeurant, le Dr C_____ a également diagnostiqué ce trouble dans le cadre de son expertise réalisée le 9 avril 2010. Compte tenu de ce qui précède, les appréciations médicales du psychiatre traitant et de la Dresse E_____ ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions claires et convaincantes de l'expert psychiatre. Sur le plan somatique, le Dr S_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant en raison de nouvelles douleurs associées aux douleurs neurogènes déjà connues en 2010, à savoir des hernies multi-étagées cervicales, un syndrome des apnées du sommeil, une périarthrite scapulo-humérale gauche et de l'arthrose au genou (rapports des 16 juillet 2012, 20 mars 2013, 23 novembre et 4 décembre 2015). On relèvera que la Dresse Q_____ a non seulement examiné l'ensemble des affections mentionnées par le Dr

S_____, mais aussi expliqué de manière détaillée et convaincante, pour quelles raisons elle n'avait pas trouvé d'altération significative de l'état de santé du recourant permettant de reconnaître une aggravation objective. Elle a ainsi notamment souligné que l'analyse des documents radiologiques montrait ce qui était connu de longue date au niveau lombo-sacrée, qu'au niveau de l'épaule gauche et des hanches il n'y avait que des atteintes mineures, dégénératives très débutantes, compatibles avec l'âge du recourant et qui n'engendraient habituellement pas de limitation fonctionnelle à ce stade. Ainsi, l'expert rhumatologue a notamment relevé que si le recourant présentait une cervicarthrose, avec un canal cervical étroit relatif, aucune complication neurologique n'avait été identifiée, que l'imagerie à résonnance magnétique du genou droit suggérait une arthrose pour laquelle une indication chirurgicale n'avait pas été confirmée, que le recourant souffrait d'une forme rare de lupus cutané, mais sans aucune manifestation systémique de la maladie, ni d'élément pathologique au status de médecine interne et rhumatologique, de sorte que ce lupus tumidus ne constituait donc pas un facteur d'aggravation de l'état de santé au point de justifier des limitations particulières dans l'activité habituelle du recourant. Enfin, le syndrome d'apnée du sommeil avait été confirmé, mais sans prescription de la part des médecins traitants d'arrêt de la conduite automobile, ni de mesure particulière autre que l'encouragement du recourant à se traiter. La Dresse Q_____ a encore relevé que malgré l'allégation de douleurs permanentes, le recourant n'avait pas pris d'antalgique le jour de l'expertise et qu'il n'avait démontré ni un faciès crispé, ni d'autre signe extérieur de souffrance tout le long de la journée. Elle a souligné qu'à l'examen, il existait des discordances, en nombre. Le recourant gardait un état général et fonctionnel de l'appareil locomoteur permettant, tout comme lors de l'expertise de 2009-2010, de mettre en valeur une pleine exigibilité dans son ancienne activité ou toute activité semblable, ne sollicitant pas de charges répétitives de plus de 25 kg. Par ailleurs, la chambre de céans rappellera que le seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants aient des opinions contradictoires ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration. De surcroît, il n'apparaît pas, en l'occurrence, que des éléments objectivement vérifiables aient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. Partant, les avis divergents des médecins traitants ne sont pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts. d. Le recourant invoque l'application de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281). La chambre de céans relèvera que l'on ne saurait reprocher aux experts de ne pas avoir examiné le recourant selon les critères applicables aux troubles somatoformes douloureux et à la fibromyalgie, dans la mesure où ces diagnostics n'ont pas été retenus par les experts rhumatologue et psychiatrique. Au surplus, le Tribunal fédéral a certes admis l'application de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à d'autres atteintes, soit le syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.9/07 du 9 février 2007 consid. 4), les troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et les traumatismes du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). Le recourant ne présente toutefois pas ces diagnostics. Le grief du recourant tombe par conséquent à faux. e. Le recourant fait encore valoir que la conclusion des experts, selon laquelle le pronostic pour une reprise d'une activité professionnelle est des plus mauvais, aurait dû être prise en compte. On rappellera que conformément à la jurisprudence, pour qu'une invalidité soit

reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail de manière importante, soit mis en évidence. En l'occurrence, si les experts ont effectivement fait état d'un mauvais pronostic, la chambre de céans soulignera toutefois qu'ils ont expliqué que ce dernier s'expliquait par des facteurs extra-médicaux. Le grief du recourant doit ainsi être écarté. 11. Compte tenu de ce qui précède, il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport d'expertise. Il s'ensuit que le recourant souffre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de troubles n'entraînant aucune limitation physique ou psychique et que sa capacité de travail est totale dans son activité habituelle et dans toute activité, hormis le port de charges de 25 kg.![endif]>![if> Par ailleurs, la chambre de céans est d'avis que l'audition des Drs S_____ et M_____, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande du recourant doit être rejetée. 12. Force est dès lors de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision initiale de l'intimé du 3 décembre 2010, puisque celle-ci retenait également que le recourant ne présentait aucune atteinte somatique ou psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. ![endif]>![if> 13. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations formulée par le recourant.![endif]>![if> 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.![endif]>![if> 15. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.![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.