

GE_GERICHTE A/63/2019 vom 14. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_63_2019

FR: GE_GERICHTE A/63/2019 du 14 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE A/63/2019 del 14 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique 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 qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe «

personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélée par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que

des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2 et 4.3 ; ATAS/197/2019 du 11 mars 2019 consid. 8b). 9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. c. 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). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des 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 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). f. 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 oeuvre 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). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. 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 ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon 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), 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). 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 14. Le recourant concluant dans un grief d'ordre formel à une violation de son droit d'être entendu, il convient d'examiner préalablement cette question. a. Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet

(ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH ; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. En tant que garantie générale de procédure, le droit d'être entendu permet au justiciable de consulter le dossier avant le prononcé d'une décision. Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b ; ATF 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités ; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e). Le Tribunal fédéral a jugé que le refus d'un office de l'assurance-invalidité de communiquer une copie d'un rapport d'expertise d'un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) à un assuré non représenté par un avocat, assorti d'une autorisation de consulter le dossier au siège de l'autorité, n'est pas compatible avec la jurisprudence relative à la communication des données personnelles dans le domaine des assurances sociales (ATF 127 V 223 consid. 1b et ATF 125 II 323 consid. 3b).

b. En l'espèce, le recourant invoque l'absence, dans le dossier, d'un avis du SMR du 25 juin 2017. L'intimé a expliqué que sa communication interne datée du 15 mars 2018 contenait une erreur de date, faisant en réalité référence à l'avis du SMR du 28 juin 2016, qui prévoyait la mise sur pieds d'une expertise bidisciplinaire. Cette explication paraît parfaitement plausible : cette communication interne du 15 mars 2018, qui se réfère à un avis du SMR dont la date est inconnue, indique que le mandat d'expertise est à adresser aux Drs L_____ et M_____. Il paraît donc clair que l'avis du SMR auquel faisait référence la communication interne de l'intimé est précisément celui qui concluait à la nécessité d'ordonner une expertise bidisciplinaire, soit l'avis du 28 juin 2016. Le recourant soutient également que le SMR ne se serait jamais prononcé, dans cet avis du 28 juin 2016, sur sa capacité de travail. Par conséquent, lorsque l'expert rhumatologue indiquait « rejoindre l'avis du SMR concernant l'état de santé de l'assuré quant à ses douleurs aux genoux et ses cervicalgies, qui ne paraissaient pas justifier une incapacité de travail totale pour toute activité », il donnait l'impression qu'il partait du principe que la position de ce service était de rejeter sa demande. Cela était propre à mettre un doute sur la valeur probante de cette expertise. Cette question ne peut être examinée sous l'angle de la violation du droit d'être entendu, mais sous celui de la valeur probante de cette expertise, lequel fera l'objet de l'examen au fond qui suit. Il en est de même de l'argument du recourant selon lequel cette expertise serait bâclée, en tant qu'elle ne répondrait pas aux questions contenues dans la communication de l'intimé du 21 mars 2018. Au vu de ce qui précède, le grief de violation du droit d'être entendu sera rejeté.

15. Il convient à présent d'examiner le fond du litige.

a. En l'espèce, l'intimé se fonde sur les deux derniers avis du SMR, lesquels sont eux-mêmes principalement basés sur l'expertise bidisciplinaire effectuée en août 2018, pour nier le droit du recourant à une rente d'invalidité. Ladite expertise (psychiatrique et rhumatologique) conclut à une capacité de travail entière du recourant dans toute activité, y compris son ancien travail. Le SMR s'en écarte seulement dans la mesure où il estime que sa capacité de travail n'est entière que dans les activités respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des membres inférieurs et du cou. L'expertise du SMEX se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical du recourant, ainsi que sur des examens cliniques complets. Le rapport contient une anamnèse détaillée et les plaintes de l'expertisé. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a exposé ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont

déterminés individuellement, puis en consilium, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Sur le plan somatique, le rhumatologue a retenu que l'examen était normal ; aucun déficit n'était constaté. Il a notamment relevé que le recourant était incohérent, dans la mesure où il ne s'était aucunement plaint durant tout l'interrogatoire, qui avait duré 45 minutes, alors qu'il avait grimacé, lors de l'examen physique, à la moindre mobilisation du segment rachidien cervical ou lombaire, des genoux et des jambes, et même des poignets et membres supérieurs. Le recourant manifestait ainsi une forme d'autolimitation et d'exagération ou de simulation avérée ou ressentie. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a également retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Le seul diagnostic retenu, à savoir le syndrome douloureux somatoforme persistant, n'était pas incapacitant. b. Le recourant reproche à l'expertise de n'avoir pas pris en considération les indicateurs mentionnés dans l'ATF 141 V 281 pour considérer que les troubles somatoformes douloureux n'étaient pas incapacitants. Or, même si les examinateurs n'ont pas suivi la grille d'évaluation normative et structurée selon l'arrêt précité, leur examen, en le mettant en relation avec d'autres rapports médicaux ou éléments du dossier, permet néanmoins une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2 et 4.3 et les références). Les examinateurs ont fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.1) en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence. Selon la définition du CIM 10, dans le cadre d'un tel syndrome, « la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins ». En l'espèce, le recourant se plaint de douleurs multiples au niveau de la nuque, des genoux, des bras et des poignets, malgré l'examen rhumatologique qui n'a mis en évidence aucune anomalie. Ce diagnostic avait déjà été retenu dans le passé, notamment dans le rapport du 2 juillet 2003 de la CRR et dans l'expertise diligentée le 23 novembre 2006 par le Dr H_____. Le Dr N_____, qui a examiné le recourant en mai 2019, est également parvenu à la même conclusion. S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », le recourant n'est plus suivi par un psychiatre depuis 2016 (étant précisé que son suivi avait alors duré un peu moins de deux ans) et ne prend aucun traitement médicamenteux autre que des antidouleurs prescrits par son médecin généraliste traitant. On ne peut donc considérer qu'il y aurait un éventuel échec de thérapie. Quant à l'indicateur de la « comorbidité », l'expert psychiatre n'a retenu aucune comorbidité psychiatrique incapacitante. Lors de son audition, le médecin traitant du recourant, qui n'est pas psychiatre, a mentionné un état dépressif léger à moyen, tout en confirmant qu'il n'y avait à son avis pas de comorbidité psychiatrique incapacitante. En ce qui concerne le complexe de la « personnalité », aucun des médecins s'étant prononcé sur le cas du recourant n'a retenu de trouble de la personnalité. Pour ce qui est du « contexte social », le recourant vit entouré de sa famille. Il maintient des relations proches, outre le cercle familial restreint (composé de son épouse et de leurs cinq enfants), avec ses frères habitant à Genève, qu'il voit régulièrement. Le diagnostic retenu n'a donc pas une incidence négative sur le fonctionnement du recourant, en particulier sur les relations interpersonnelles. En ce qui concerne la catégorie « cohérence », l'atteinte à la santé n'empêche pas le recourant de prendre soin de ses jumeaux le matin, lorsque son épouse emmène les aînés à l'école. S'il

indique passer apparemment le reste de sa journée à faire des allers-retours entre son lit et la télévision (son épouse assumant majoritairement l'entretien du foyer), il a mentionné qu'il se déplaçait en tram, métro et bus à Genève, et de temps en temps en voiture. Il est par ailleurs probable, au vu de la forme d'exagération mentionnée dans l'expertise, que le recourant s'autolimité à cet égard. En définitive, compte tenu des indicateurs pertinents, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts mandatés par l'intimé, selon lesquels le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant retenu doit être nié. Celui-ci ne présente pas un degré de gravité suffisant d'un point de vue juridique. Cette conclusion s'impose d'autant plus que le médecin traitant du recourant, qui avait appuyé la nouvelle demande en 2016, a nuancé son avis lors de son audition par la chambre de céans, se référant à cet égard à l'expertise bidisciplinaire figurant au dossier, ainsi qu'à l'avis du Dr N_____, consulté en mai 2019, qui avait retenu le même diagnostic que les experts. Par ailleurs, le recourant n'allègue pas de fait pertinent qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert psychiatre, ni n'a produit de rapport d'un autre médecin psychiatre remettant en cause les conclusions de l'expertise ou permettant de mettre en doute sa valeur probante. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande du recourant, l'état de santé de ce dernier ne s'étant manifestement pas aggravé depuis la décision supprimant sa rente en 2008. 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 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.