

GE_GERICHTE A/756/2012 vom 13. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_756_2012

FR: GE_GERICHTE A/756/2012 du 13 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/756/2012 del 13 giugno 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.06.2013
A/756/2012

A/756/2012 ATAS/605/2013 du 13.06.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/756/2012
ATAS/605/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 13 juin
2013 3ème Chambre En la cause Monsieur S_____, domicilié au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourant
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue
des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur S_____, né en 1966 et
originaire du Kosovo, a travaillé en tant que manœuvre. En mai 1994, il a glissé et s'est
retrouvé un genou à terre, sans chuter. A la suite de cela, il a souffert de lombalgies et de
cervicalgies et a été mis en arrêt de travail. [endif]>[if> 2. Le 6 février 1997, l'assuré a
déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après :
OAI) une première demande de prestations, que l'OAI a rejetée par décision du 18 juin
2001, confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), le
13 novembre 2003 (ATAS/229/2003). L'instruction ayant conduit à ce refus de prestations
avait notamment permis de recueillir notamment les éléments suivants : [endif]>[if>
- un rapport rédigé le 10 janvier 1995 par le Dr A_____, médecin
d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'accidents (SUVA), constatant une légère et
discrète protrusion discale C5-C6 dorsomédiane et concluant que l'on pouvait
raisonnablement exiger de la part de l'assuré qu'il continuât à exercer son activité habituelle,
à condition d'éviter de soulever des charges de plus de 20 kg; [endif]>[if> - une
expertise réalisée le 7 mars 1997 à la demande de l'assureur-maladie de l'assuré par le Dr
B_____, spécialiste en médecine interne, constatant des hernies discales C6-C7 et
L5-S1 mais expliquant qu'en l'absence de syndrome radiculaire objectivable, la
symptomatologie n'était pas suffisante pour conclure que l'assuré ne pouvait plus exercer sa
profession; selon lui, la capacité de travail était de 100%; [endif]>[if> - un rapport
rédigé le 8 juillet 1997, par le Dr C_____, médecin traitant, diagnostiquant des
cervico-dorsalgies, des cervicobrachialgies et des lombosciatalgies chroniques, ainsi qu'un
canal cervical étroit avec probable conflit radiculaire et un état anxiodépressif chronique
post-traumatique; le médecin traitant concluait à une pleine capacité de travail dans une
activité légère, sans port de charges et permettant d'alterner les positions; [endif]>[if>
- une expertise réalisée à la demande de l'OAI par le centre d'expertise médicale de
Bâle (MEDAS; cf. rapport du 22 novembre 2000), concluant à une capacité résiduelle de
travail de 80 % dans un poste adapté.[endif]>[if> 3. Le 7 janvier 2005, l'assuré a
déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant des maux de têtes, des vertiges et
des douleurs dorsales et cervicales. [endif]>[if> 4. Cette nouvelle demande a été
rejetée par l'OAI par décision notifiée le 10 avril 2008, après une instruction ayant permis

de recueillir notamment les éléments suivants : !endif]>![if> - un courrier adressé le 6 décembre 2004 au médecin-traitant par le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, indiquant que l'aggravation récente et la bilatéralisation des cervicobrachialgies ne lui semblaient pas impliquer de modification dans les diagnostics retenus en octobre 2004;!endif]>![if> - un rapport adressé au médecin traitant le 5 avril 2005 par le Dr E _____, du Service de neurochirurgie des HUG, faisant mention d'un syndrome vertébral cervical avec douleurs et limitations à la mobilisation de la nuque, d'un syndrome vertébral lombaire, de hernies discales (C5-C6 et C6-C7) et d'une protrusion discale minime et non compressive au niveau lombaire; le médecin a émis l'avis qu'au vu de l'état psychique de l'assuré, une intervention au niveau des cervicales ne suffirait pas à régler le problème; selon lui, la cervicobrachialgie avait au moins 80 % de chances de disparaître spontanément;!endif]>![if> - un rapport du Dr C _____ du 16 septembre 2005 concluant à des cervico-dorso-lombalgies, lombosciatalgies et cervicobrachialgies, à un état anxiodépressif chronique, à un cholestéatome gauche, à un syndrome du tunnel carpien bilatéral, à un syndrome de l'angulaire de l'omoplate gauche, à un adénome au niveau de la prostate et à des épigastralgies sur gastrites aiguës; le médecin traitant concluait à une incapacité de travail de 100% du 30 août 1996 au 14 juillet 2005, de 50 % jusqu'au 1^{er} août 2005, puis de 100% à nouveau; le médecin a conclu à une reprise du travail possible à 100 % dès août 2005 dans un travail léger;!endif]>![if> - un bref rapport du Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 21 avril 2006, concluant à des algies cervico-dorsolombaires chroniques, à un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme et un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère; le médecin faisait mention des symptômes suivants : dysthymie, dysphorie, céphalées, vertiges, troubles neurovégétatifs, désorganisation du sommeil, oublis, aprosexie et apragmatisme entraînant selon lui une totale incapacité de travail. !endif]>![if> - un rapport du Dr G _____, spécialiste FMH en médecine générale, du 14 mai 2006, concluant à une hernie discale avec troubles dégénératifs, à une protrusion discale, à un syndrome dépressif, à un cholestéatome gauche, à une œsophagite de stade I et à un état dépressif chronique; le médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré;!endif]>![if> - un rapport adressé le 27 avril 2006 au Dr G _____ par le Dr H _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, constatant l'absence de signe de compression radiculaire et de déficit, constatant que l'IRM lombaire montrait des troubles dégénératifs qualifiés de discrets, que l'IRM cervicale, si elle montrait des protrusions discales, ne permettait pas de conclure à une répercussion au niveau foraminal; le médecin concluait que, sans vouloir nier l'existence d'un substrat organique, le contexte général était extrêmement défavorable pour espérer une amélioration par la chirurgie;!endif]>![if> - un rapport d'expertise psychiatrique rédigé le 28 janvier 2008 par le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), concluant à une totale capacité de travail dans toute activité sur le plan psychique; le médecin a retenu un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme sans répercussion sur la capacité de travail; il a constaté que son examen était superposable à celui réalisé par le MEDAS en novembre 2000; il a expliqué écarter le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode sévère posé par le psychiatre traitant en raison d'une part, de l'absence d'éléments anamnestiques permettant d'évoquer la récurrence et, d'autre part, de l'absence d'éléments dépressifs à l'examen; s'agissant du trouble somatoforme, le médecin a précisé que si l'assuré se plaignait de multiples douleurs de longue date, l'examen ne mettait pas en évidence de détresse véritable; il n'y avait pas non plus de comorbidité psychiatrique

permettant de conclure à une maladie psychiatrique invalidante, ni de perte d'intégration sociale - l'assuré déclarant de nombreuses relations régulières;![endif]>![if> 5. Saisi d'un recours de l'assuré, le TCAS, par jugement du 18 mai 2010 (ATAS/523/2010) l'a admis partiellement et a renvoyé le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan physique. Auparavant, le Tribunal a procédé à l'audition, le 2 juin 2009, du Dr G _____, qui suit l'assuré depuis décembre 2005. Le médecin a confirmé ses précédents rapports et notamment l'absence de compression. Il a émis l'avis que les douleurs pouvaient s'expliquer par la hernie discale et l'état psychique de son patient. Il a exprimé l'opinion que l'incapacité de l'assuré était totale, la justifiant par le fait qu'il doit alterner les positions et par sa dépression chronique. Egalement entendu, le Dr F _____, psychiatre traitant, a fait mention d'un état dépressif chronique d'intensité moyenne, voire grave parfois. Selon le psychiatre traitant, la situation est figée, sans évolution. ![endif]>![if> 6.

Conformément à la demande du TCAS, l'OAI a adressé l'assuré à la Clinique privée de réadaptation de Valmont pour expertise. Les Drs J _____, spécialiste FMH en neurologie, et K _____, spécialiste FMH en rhumatologie, ont rendu leur rapport le 8 mars 2011.![endif]>![if> Sur la base de l'étude du dossier médical, de l'anamnèse, d'un examen neurologique et d'un bilan neuropsychologique, d'un examen rhumatologique et de l'analyse de l'imagerie médicale disponible, les médecins ont conclu qu'ils ne pouvaient mettre en évidence d'affections neurologiques ou rhumatologiques limitant la capacité de travail. Ils ont en revanche admis l'existence de troubles exécutifs/attentionnels secondaires au syndrome douloureux somatoforme, limitant légèrement (20 %) le rendement. Les médecins ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme avec manifestation de type conversion et tendinite du moyen fessier gauche, de trouble prostatique mineur et d'hypoacousie, atteintes dont ils ont estimé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les médecins ont expliqué que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme chronique, associé à des manifestations de type conversion, correspondant à un aspect théâtral de sa présentation, associé à des manifestations motrices non organiques (mouvements désordonnés, troubles de la marche fluctuants et de la posture, sans correspondance organique). Ils ont expliqué ne pas avoir repris le diagnostic de cervicobrachialgies gauches et de lombosciatalgies et lombalgies au motif que ces troubles s'intégraient manifestement dans l'ensemble du syndrome douloureux chronique, sans spécificité particulière au niveau d'un membre ou de l'autre, ni signe neurologique déficitaire, ni signe rhumatologique spécifique, hormis une tendinite du moyen fessier gauche, anomalie dont ils ont précisé qu'elle restait mineure. Sur le plan cognitif, ont été objectivés des troubles attentionnels avec ralentissement et fatigabilité tels qu'on peut les observer dans les syndromes douloureux chronicisés, parasitant secondairement les tests mnésiques et exécutifs, mais sans évidence pour une anomalie organique cérébrale sous-jacente. Les fonctions linguistiques praxiques, gnosiques, mnésiques étaient d'ailleurs parfaitement dans la norme vu le niveau éducatif du patient. Les experts ont insisté sur le fait qu'il n'y avait aucune cause neurologique ou rhumatologique organique permettant d'expliquer les douleurs de l'assuré. Dès lors, ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique. La seule diminution de la capacité de travail admise a été une diminution de rendement de l'ordre de 20 % en raison des troubles cognitifs secondaires. Les médecins ont cependant indiqué que le patient était totalement incapable de s'adapter à une quelconque exigence professionnelle au vu de son syndrome douloureux somatoforme. 7. Le dossier de l'assuré a été soumis à la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI qui a relevé que si le taux d'invalidité retenu par le

TCAS dans son arrêt du 13 novembre 2003 (35%) ouvrait théoriquement droit à des mesures professionnelles, celles-ci ne pouvaient entrer en ligne de compte dans le cas présent puisque l'assuré, en entretien, s'était déclaré totalement incapable de reprendre la moindre activité ou même de suivre un stage. 8. Par décision du 6 février 2012, l'OAI, se référant à l'expertise de la Clinique Valmont, l'OAI a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan somatique si ce n'est une diminution de rendement de 20%. En conséquence de quoi, le degré d'invalidité de 35 % retenu par le TCAS dans son arrêt du 13 novembre 2003 a été confirmé et la demande de prestations rejetée. 9. Par écriture du 8 mars 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à ce que soit mise sur pied une nouvelle expertise psychiatrique et, quant au fond, à ce que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité. Le recourant reproche au Dr I_____ de n'avoir pas retenu de comorbidité psychiatrique. En substance, il allègue que son état s'est péjoré sur le plan psychique, que si les experts de la clinique Valmont ont certes écarté tout substrat organique, ils ont néanmoins admis qu'il était incapable de s'adapter à une quelconque exigence professionnelle et il en tire la conclusion que les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant à son trouble somatoforme douloureux sont réunies. 10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 28 mars 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que le rapport du Dr I_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il convient de le suivre lorsqu'il conclut que les conditions permettant d'admettre un trouble somatoforme invalidant ne sont pas remplies. 11. Par écriture du 23 mai 2012, l'intimé a persisté dans sa demande d'une expertise psychiatrique supplémentaire. 12. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 16 août 2012, au cours de laquelle a été entendu le Dr L_____, nouveau psychiatre traitant du recourant. Le témoin a conclu à un état dépressif chronique de gravité moyenne avec des fluctuations de l'humeur en fonction des facteurs de stress environnementaux. Il a ajouté le diagnostic de trait de personnalité histrionique se manifestant par une théâtralisation, une dramatisation, une hyper expressivité dans le comportement. Le témoin a expliqué que son patient a une capacité d'adaptation et d'introspection très faible, qui explique que les émotions se manifestent par le biais de son corps. Il a émis l'avis que l'état de l'assuré peut clairement être qualifié de cristallisé puisqu'il n'y a aucune possibilité de retour en arrière ni d'amélioration. Le témoin a ajouté que le traitement auquel se soumet l'assuré (antidépresseur, somnifère et anxiolytique) peut être qualifié de lourd et peut avoir des effets secondaires : vertiges, hypotension, troubles digestifs et nervosité. Un dosage a montré une bonne compliance. Sur le plan social, le témoin a expliqué que son patient vit avec sa femme et trois de ses enfants, qu'il entretient également des relations avec des amis, qu'il voit cependant moins qu'auparavant, et qu'il sort se promener, ce qui est bénéfique au traitement de sa hernie. Le témoin a émis l'avis que, du seul point de vue psychique, la capacité de travail de son patient est nulle. Sur ce point, l'appréciation du Dr I_____ lui paraît difficile à adopter, car il lui semble inconcevable de conclure à une capacité de 100 %. En particulier, le témoin a dit ne pouvoir imaginer que son patient puisse se reconvertir professionnellement vu ses difficultés d'adaptation, son absence de formation, ses difficultés linguistiques et ses problèmes de concentration. 13. Le 3 septembre 2012, l'intimé s'est déterminé par rapport à ce témoignage en relevant que si le témoin avait attesté d'une totale incapacité de travail, il avait justifié celle-ci par des troubles cognitifs et l'impossibilité de rester assis longtemps - alors même que les experts de la Clinique de Valmont n'ont retenu aucune incapacité de ce

fait - ainsi que par des facteurs psychosociaux non pertinents au regard de l'assurance-invalidité, à savoir des difficultés d'adaptation, un manque de formation et des difficultés linguistiques.!

14. Par écriture du 5 octobre 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il allègue qu'au vu de la durée et de l'acuité de ses troubles psychiques, le critère relatif à l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave lui paraît rempli. 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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 18 juin 2001 au point de lui ouvrir droit à des prestations. 4. 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 ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond

incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). 6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. 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 LPG), 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. 9. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. 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 LPG. 10. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa

capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, ainsi que cela a été dit plus haut, la jurisprudence considère qu'en règle générale, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, *op. cit.*, p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe n'est admise que lorsque, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement à titre exceptionnel, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Constituent de tels facteurs : (1) les affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan

thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels), non pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5). 10. En l'espèce, il apparaît évident que, sur le plan physique, l'état de santé de l'assuré n'a guère évolué depuis la décision initiale de refus de l'intimé, en juin 2001. En effet, les plaintes demeurent les mêmes : douleurs dorsales, cervicales et lombaires. Quant au substrat organique, il n'est pas plus substantiel qu'avant. A cet égard, les experts neurologue et rhumatologue de la Clinique de Valmont – dont le recourant ne conteste d'ailleurs pas les conclusions – ont clairement indiqué que seule une diminution de rendement de 20% pouvait se justifier d'un point de vue somatique, conclusion superposable à celle du MEDAS, en novembre 2000. Quant aux diagnostics somatiques, ils ne sont pas non plus remis en cause. [endif]>[if> Reste à examiner s'il y aurait eu aggravation sur le plan psychique. En premier lieu, force est de constater que seul le Dr F_____ a évoqué un trouble dépressif grave. Il l'a fait dans un bref rapport rendu en avril 2006, concluant, sans la motiver aucunement, à une totale incapacité de travail. Or, les symptômes énumérés par le médecin dans ce même rapport ne paraissent pas correspondre à une dépression grave. Ce même médecin a d'ailleurs nuancé ses propos lors de son audition par le Tribunal, en juin

2009, en qualifiant la dépression de son patient d'intensité moyenne, voire grave. L'évaluation du Dr F_____ paraît d'autant plus sujette à caution qu'elle a déjà été invalidée à l'époque par le MEDAS qui, contrairement au psychiatre traitant qui parlait déjà de dépression sévère, n'a retenu qu'un état dépressif léger. Qui plus est, l'évaluation du Dr F_____ n'est corroborée ni par le Dr I_____, qui a expliqué les raisons pour lesquelles il s'en écartait, ni même par le nouveau psychiatre traitant, qui a admis un état dépressif de degré moyen. Or, ainsi que rappelé supra, selon la jurisprudence, une dépression d'intensité moyenne ne saurait être considérée comme suffisante pour se voir qualifiée de comorbidité psychiatrique permettant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble somatoforme tel que présenté par l'assuré. Quant aux autres facteurs énumérés par la jurisprudence, il convient de rappeler qu'ils doivent se cumuler et, de par leur intensité et leur constance, rendre la personne incapable de fournir l'effort de volonté requis. Si, en l'occurrence, on peut effectivement considérer que l'état psychique de l'assuré est cristallisé - ainsi que l'a expliqué son nouveau psychiatre traitant en audience (la situation semble effectivement vouée à perdurer sans espoir d'évolution) - et que le traitement a échoué, en revanche, on ne saurait parler d'affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Sur ce dernier point, force est de constater que les observations du Dr I_____ ont été confirmées par le psychiatre traitant, lequel a indiqué que son patient, entouré de sa famille, continue à entretenir des relations amicales, bien que moins régulières et n'est donc pas isolé. Quant aux affections corporelles chroniques, la jurisprudence exige qu'elles induisent une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (arrêt du TF I 317/05 du 12 juin 2006 consid. 5.2) ce qui n'est pas le cas en l'espèce puisqu'aucune limitation organique, neurologique ou rhumatologique n'a été retenue. Qui plus est, il y a chez l'assuré une sérieuse amplification des symptômes, relevée tant par les médecins du MEDAS en 2000 déjà que par le Dr G_____ qui souligne le caractère discret des troubles constatés, par le Dr I_____ ou encore par les médecins de la Clinique Valmont. Or, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Telle est très précisément la situation du cas d'espèce. Eu égard aux éléments qui précèdent, la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique apparaît inutile puisque l'instruction a déjà permis de recueillir tous les éléments utiles à statuer. Il ressort en effet des considérations ci-dessus que c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'état psychique de l'assuré ne s'était pas aggravé au point de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité puisque les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme ne sont manifestement pas réunies. En effet, les raisons alléguées par le psychiatre traitant pour justifier une totale incapacité de travail (difficultés

d'adaptation, difficultés linguistiques, manque de formation) constituent des facteurs psychosociaux et socio-culturels non pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3). Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

1. Déclare le recours recevable. **!**[endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette. **!**[endif]>![if> 3. Renonce à percevoir l'émolument. **!**[endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. **!**[endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.