



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1844/2018

ATAS/496/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né le _____ 1956, a séjourné en Suisse de 1982 à 1992, puis dès 1998. Il a exercé diverses activités dans le domaine du bâtiment, la dernière en tant que poseur de marbre pour la société B_____ SA depuis le 1^{er} janvier 1999.
2. Le 25 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il est tombé de sa hauteur sur les fesses lors d'une glissade.

Le cas a été pris en charge par la caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA).

3. À la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 24 juin au 16 juillet 2003.

Dans leur rapport du 5 août 2003, les docteurs C_____ et D_____ ont posé les diagnostics suivants: « thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), lombalgies avec irradiation au membre inférieur droit, arthrose lombaire et interapophysaire postérieure des deux derniers étages (diagnostics secondaires), ainsi que trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (comorbidité) ». Aucun des traitements entrepris n'avait eu d'influence sur le tableau clinique. Les données actuelles du status montraient assez peu de choses sur le plan objectif, notamment sur le plan d'une atteinte radiculaire ou d'un déficit neurologique. Il existait par ailleurs de nombreux signes de non-organicité. Le processus d'invalidation de l'assuré ne pouvait pas être expliqué par le traumatisme initial et les données des examens radiologiques. Le trouble de l'adaptation diagnostiqué n'atteignait pas le seuil de gravité d'une pathologie anxieuse spécifique et ne justifiait pas à lui seul une incapacité de travail prolongée. Le pronostic paraissait très sombre, un processus d'invalidation non influençable et irrémédiable étant en cours. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. L'incapacité de travail était complète jusqu'au 3 août 2003, mais théoriquement nulle dans tous les cas dès le 4 août 2003.

4. En date du 10 décembre 2003, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à d'une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et une rente.
5. Se fondant sur le rapport de la CRR du 5 août 2003, l'OAI a, par décision du 26 mai 2005, confirmée sur opposition le 4 juillet 2005, refusé l'octroi de prestations à l'assuré, celui-ci disposant d'une entière capacité de travail dans son ancienne profession depuis le 4 août 2003.
6. Saisi d'un recours contre la décision précitée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS), alors compétent, l'a partiellement admis par arrêt du 13 décembre 2005 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a en substance constaté que l'OAI se fondait sur le seul rapport de la CRR. Or, les médecins de cette clinique ne s'étaient penchés que sur les diagnostics consécutifs à l'accident et n'avaient pas procédé à une appréciation globale de l'état de santé de

l'assuré. Quant au médecin traitant, il se prononçait certes sur l'incapacité de travail au regard de toutes les atteintes de l'assuré. Cependant, ses conclusions n'étaient pas confirmées par d'autres médecins. Il y avait dès lors lieu de procéder à une expertise multidisciplinaire pour évaluer la capacité de travail (ATAS/1081/2005).

7. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a mandaté pour expertise le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR).

Dans leur rapport le 27 avril 2006, les médecins précités ont retenus les diagnostics de troubles dégénératifs lombaires bas étagés (M51.8) (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et obésité (sans répercussion sur la capacité de travail).

En raison de l'atteinte somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les positions assis/debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de port régulier de charge de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail effectué sur des engins vibrants. Une période de remise en forme de plusieurs mois avant la reprise du travail était de plus nécessaire en raison du déconditionnement physique du recourant. La capacité de travail dans une activité adaptée était ainsi possible dès le 3 août 2003, date à laquelle les experts ont pensé, à tort, que la SUVA avait mis fin à ses prestations (en réalité le 30 novembre 2003).

L'expert n'avait pas retenu d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique incapacitante. Dans le contexte des douleurs chroniques alléguées, l'assuré ne présentait pas de trait prémorbide, de comorbidité psychiatrique ni d'affections corporelles chroniques. Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale et l'environnement psychosocial était intact. Par ailleurs, l'expert psychiatre n'avait identifié aucun élément anxieux ou dépressif.

8. Par décision du 24 janvier 2007, confirmant un projet du 13 novembre 2006, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré en se fondant sur les conclusions de l'examen du SMR. En effet, après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 35.3%, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente. Cela étant, sur demande motivée de l'assuré, une aide au placement pourrait être examinée.
9. Saisi d'un recours, le TCAS l'a rejeté par arrêt du 4 mars 2008. Considérant que le rapport d'examen des médecins du SMR revêtait une pleine valeur probante, le TCAS a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et a conclu à un degré d'invalidité de 39%, toutefois toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (ATAS/250/2008).

10. Le 18 juillet 2008, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une nouvelle atteinte psychique et une aggravation de son état de santé.
11. Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré faute d'aggravation de son état de santé.
12. Par arrêt du 5 octobre 2010, le TCAS a partiellement admis le recours de l'assuré et a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dès lors qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne revêtait une pleine valeur probante (ATAS/1006/2010).
13. Suite au renvoi, l'OAI a mandaté le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour expertise.

Dans son rapport du 9 mai 2011, le médecin précité a posé les diagnostics de processus d'invalidation très avancé (F 68.0), de dysthymie (F 34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), tous trois étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. En effet, l'assuré ne remplissait pas les critères de classification de l'OMS, le cas échéant associés à ceux du Tribunal fédéral des assurances, pour que la dysthymie et le trouble somatoforme puissent être qualifiés d'incapacitant. Par ailleurs, l'assuré ne remplissait pas non plus les critères de l'OMS pour que le diagnostic de trouble dépressif puisse être posé.

14. Par décision du 29 février 2012, l'OAI a refusé le versement d'une rente, faute d'invalidité suffisante.
15. Sur recours, la chambre de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, s'est ralliée, dans un arrêt du 23 octobre 2012, aux conclusions du Dr G_____, selon lesquelles l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail de longue durée et a confirmé le degré d'invalidité tel que calculé par l'OAI, et partant, la décision du 29 février 2012 (ATAS/1274/2012).
16. Par arrêt du 4 juin 2013, saisi par un recours en matière de droit public déposé par l'assuré, le Tribunal fédéral a rejeté le recours (9C_980/2012).
17. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité le 23 mars 2015, alléguant souffrir d'un trouble psychiatrique, de douleurs dorsales et dans la jambe droite, ainsi que de problèmes d'équilibre.
18. Par courrier du 8 avril 2015, le docteur H_____, chef de clinique au Service des spécialités psychiques des HUG, a expliqué suivre l'assuré depuis le 29 février 2012. Son état psychique s'était aggravé de manière considérable depuis cette date. Au cours de l'année 2012, l'état clinique correspondait à un épisode dépressif d'intensité moyenne. Cet épisode dépressif s'était péjoré en 2013. Le traitement avait été modifié en présence d'une composante anxieuse importante. Une légère amélioration clinique avait été constatée courant 2014 et des démarches de réinsertion professionnelle avaient été entreprises. Le patient s'était ainsi inscrit au

chômage en automne 2014, et début 2015, il avait effectué un stage de réévaluation des compétences professionnelles auprès de l'entreprise sociale PRO. En début d'année 2015, l'état de santé du patient s'était néanmoins péjoré. Le traitement avait été modifié, ce qui avait eu pour conséquence de nombreux effets secondaires. En avril 2015, il avait à nouveau modifié le traitement. Les limitations fonctionnelles actuelles du point de vue psychiatrique étaient un ralentissement psychique et moteur, une diminution de la capacité de concentration, une fatigabilité accrue, une aboulie et anhédonie, ainsi que des tremblements liés très probablement à une anxiété importante. Pour le surplus, il renvoyait au rapport de l'atelier PRO, lequel concluait notamment au fait que l'assuré n'était en mesure de travailler ni dans le marché économique ni dans un atelier protégé. Compte tenu de ces conclusions et de la péjoration de l'état psychique de l'assuré, une nouvelle demande de prestations d'invalidité avait été déposée, en accord avec le responsable du stage PRO et du référant à l'office cantonal de l'emploi.

En annexe figurait le rapport établi le 11 mars 2015 à l'issue du stage dans les ateliers de l'entreprise PRO, dont il ressort que l'assuré était considéré comme étant éloigné du marché du travail. Le stage avait été prévu sur quatre semaines, mais il avait dû être interrompu après cinq jours, durant lesquels les responsables du stage avaient pu constater que l'état de santé de l'assuré était préoccupant. Son médecin avait délivré un arrêt de travail à 100% dès le 5 mars 2015. L'assuré avait toutefois fait preuve d'une attitude très digne. Si sa productivité avait été très faible à cause de ses nombreuses limitations, son travail était de qualité. Dans ces conditions, les responsables du stage étaient d'avis que l'assuré n'était en mesure de travailler ni dans le marché économique, ni dans un atelier protégé. Par conséquent, ils préconisaient la mise en place d'un soutien (médical, institutionnel et social) pour permettre à l'assuré d'améliorer sa situation.

19. Par décision du 5 juin 2015, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement depuis le 5 mars 2015.
20. Le dossier a été soumis au SMR, qui a considéré, par avis du 27 août 2015, sous la plume de la doctoresse I_____, que le Dr H_____ n'apportait aucun élément médical nouveau d'un point de vue psychiatrique. Il formulait les mêmes constatations que celles renseignées depuis 2009, retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et de fluctuation de la thymie (variations des scores à l'échelle MADRS). Ces éléments ne différaient ainsi pas de ceux qu'il notait avant la dernière décision. Enfin, le médecin précité paraissait s'inspirer du rapport établi à l'issue d'un stage d'évaluation chez PRO pour attester une incapacité totale de travail dans l'économie libre, ce qui ne saurait être un élément suffisant pour étayer le diagnostic retenu. L'aggravation n'était ainsi pas rendue plausible.
21. Le 11 septembre 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations du 23 mars 2015.

22. Un procès-verbal d'audition, valant opposition, a été établi le 7 octobre 2015. En annexe à celui-ci figurait une nouvelle attestation du Dr H_____, datée du 22 septembre 2015, aux termes de laquelle l'état clinique de l'assuré s'était modifié de façon notable depuis juin 2013 sur le plan de l'humeur. La thymie et les symptômes anxieux s'étaient aggravés, de même que les problèmes de sommeil, de l'appétit, et des fonctions cognitives. L'assuré avait davantage d'idées noires, avec occasionnellement la présence d'idées suicidaires. Son épouse avait mentionné que la situation se péjorait de jour en jour, l'assuré se refermant sur lui-même et n'ayant plus de contact avec personne.
23. Dans un rapport du 14 octobre 2015, le docteur J_____, médecine interne FMH, a évoqué des tremblements, qu'il avait lui-même constatés lors de sa consultation courant 2013. Ces tremblements étaient apparus progressivement et avait nécessité un examen par un neurologue, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie. Un traitement avait été introduit, puis interrompu. Le Dr J_____ relevait également que les tremblements avaient été constatés lors du stage auprès de l'entreprise PRO. Lesdits tremblements étaient plus importants en 2015, comparativement à 2013. Par ailleurs, le médecin traitant avait pu constater, l'installation, sur les douze à dix-huit derniers mois, de troubles de l'attention, de concentration et d'une tendance à l'aboulie. Ces éléments, au début d'importance variable d'une consultation à l'autre, étaient maintenant constants. L'étiologie en était de son point de vue non organique, raison pour laquelle il n'avait pas procédé à d'autres investigations. Il lui paraissait désormais indispensable pour la prise en charge de ces troubles d'orienter l'assuré vers son psychiatre traitant, le Dr H_____, dès lors qu'ils indiquaient une aggravation importante de sa maladie psychique.
24. Le 13 novembre 2015, le SMR, toujours sous la plume de la Dresse I_____, s'est déterminé sur le courrier du Dr J_____ du 14 octobre 2015, et confirmé son précédent avis, à teneur duquel l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.
- En effet, du point de vue somatique, le Dr J_____ signalait des tremblements apparus en 2013, sans toutefois donner d'informations à ce sujet (pas de status neurologique, pas de résultats d'examens complémentaires ni de compte rendus de consultation spécialisée). Ce tremor des extrémités était toutefois déjà mentionné lors de l'expertise psychiatrique de 2008 et ne constituait dès lors pas un élément nouveau parlant pour une aggravation de l'état de santé. Sur le plan psychique, le médecin traitant renvoyait l'assuré vers son psychiatre traitant.
25. Par décision du 19 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant d'entrer en matière sur la demande du 23 mars 2015.
26. Sur recours, la chambre de céans a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, l'aggravation ayant été rendue plausible (ATAS/1037/2016).
27. Suite au renvoi, l'OAI a sollicité des informations des médecins de l'assuré.

28. Dans un rapport daté du 1^{er} mars 2017, le docteur L_____, médecin ayant repris le suivi de l'assuré au sein de l'Unité des troubles de l'humeur des HUG, a mentionné les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.9) depuis 2007, trouble panique (F41.0) depuis 2008 et trouble somatoforme (F45) depuis 2008 également. L'état anxio-dépressif sévère entraînait une fatigabilité marquée et des troubles sévères de l'attention. Le pronostic était défavorable, la dépression s'étant révélée résistante à toutes lignes de traitement mises en places, les médecins ayant effectué plusieurs essais de différents antidépresseurs avec différents potentialisateurs. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle dans toute activité.
29. Dans son rapport du 25 avril 2017, le Dr J_____ a également évoqué le diagnostic d'épisode dépressif majeur, sévère, sans troubles psychotiques, et a renvoyé l'OAI aux médecins spécialistes pour plus de renseignements.
30. Au début du mois de mai 2017, le Dr L_____ a rappelé les diagnostics évoqués le 1^{er} mars et a expliqué que lors de la consultation du 18 avril 2017, l'assuré souffrait toujours d'un état anxio-dépressif sévère, avec toutefois une fatigabilité moins marquée, une anxiété moins visible et des troubles de l'attention perturbant moins les échanges. Il y avait ainsi eu une légère amélioration de l'humeur. Une nouvelle potentialisation était en cours, avec un pronostic réservé, mais pas défavorable. Compte tenu de la légère amélioration entre octobre 2016 et avril 2017, le médecin précité n'avait plus d'argument en défaveur d'un projet de réinsertion adaptée et très progressive, avec une première étape à seulement 20%.
31. Les rapports précités ont été soumis au SMR qui a considéré, sous la plume de la Dresse I_____, dans un avis du 9 juin 2017, qu'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neurologique était indiquée. Parallèlement, il convenait de solliciter des informations complémentaires des Drs J_____ et K_____.
32. Dans un rapport du 18 juillet 2017, le Dr K_____ a évoqué un état douloureux persistant post-traumatique (lombaire, céphalées), un état dépressif, une dystonie neurovégétative avec tremblements, tachycardie et hypersudation. Il n'y avait pas de déficit moteur ou sensitif. La palpation lombaire droite était sensible et le patient était difficile à mobiliser, même passivement. Il apparaissait tendu et nerveux, avec des tremblements de l'hémicorps droit et une transpiration continue. L'IRM cérébrale que le Dr K_____ avait préconisée s'était avérée dans la norme. S'agissant du traitement, il avait préconisé un bêtabloquant, étant donné que l'assuré associait une légère hypertension artérielle et un tremblement. Le neurologue précité n'avait toutefois pas pu évaluer ce traitement à long terme, dès lors qu'il avait vu le patient pour la dernière fois le 10 décembre 2013. Au vu de la situation chronicisée, le pronostic était mauvais. La capacité de travail était probablement nulle, mais les limitations n'étaient pas d'ordre neurologique.

-
33. Le Dr J_____ s'est prononcé dans un rapport du 26 septembre 2017 et a fait état de lombalgies chroniques avec syndrome pseudoradiculaire irradiant vers le membre inférieur droit. L'assuré était limité dans la marche, avec l'utilisation d'au moins une canne anglaise lors des périodes d'aggravation des douleurs. La position assise était parfois difficilement tenue. Le traitement consistait en des antalgiques (paracétamol et AINS), les traitements plus intenses n'ayant pas apporté de grandes améliorations, mais ayant eu des effets indésirables. Depuis février 2012, l'évolution globale sur le plan somatique était stationnaire, avec des douleurs de fond et des épisodes / périodes d'aggravation des douleurs. Les tremblements des mains étaient des tremblements essentiels, lesquels étaient plus importants lors de périodes de décompensation psychique ou d'acutisation des douleurs. Le Dr K_____ avait également retenu un tremblement peu spécifique, fin et rapide, pour lequel il avait proposé des bêtabloquants, que l'assuré n'avait pas tolérés. Il y avait une prédominance du tremblement du côté droit, mais l'IRM cérébrale n'avait pas été contributive dans le diagnostic. Le Dr J_____ n'avait pas prescrit d'autres traitements pour ces tremblements, dès lors qu'ils ne constituaient pas la principale cause d'invalidité. La capacité de travail était nulle, l'assuré réalisant avec difficultés les activités de base de la vie quotidienne, une aide étant notamment nécessaire.
34. Conformément aux recommandations du SMR, l'OAI a mandaté pour expertise les docteurs M_____ (médecine générale), N_____ (rhumatologie), O_____ (psychiatrie et psychothérapie) et P_____ (neurologie), médecins auprès de CEMEDEX SA. Après avoir pris connaissance du dossier et examiné l'assuré, les médecins précités ont fait procéder à des compléments (examens sanguins, examen neuropsychologique et radiologie).

Dans leur rapport du 20 novembre 2017, les médecins précités ont retenu les diagnostics de discopathie lombaire basse, spondylolisthésis L5-S1 de stade 1 avec discopathie L5-S1 (avec incidence sur la capacité de travail) et de processus d'invalidation très avancé (F68.0), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux persistant (F45.4) (sans incidence sur la capacité de travail). Il existait une absence de concordance entre l'anatomie (stabilisation des images radiologiques sans aggravation sur plusieurs années) et l'examen clinique, suggérant qu'il y avait des causes extérieures pouvant l'expliquer. L'assuré n'était pas coopératif en ce qui concernait la prise de certains médicaments. Une médication prise à des taux corrects et monitorisée régulièrement et la reprise du traitement par CPAP amélioreraient la qualité de vie de l'assuré, mais non sa capacité de gain. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient exigibles, mais en raison des diagnostics non invalidants, lesdites mesures n'auraient que peu de chances de succès. Les examinateurs avaient par ailleurs constaté des divergences dans le comportement de l'assuré entre la situation d'examen et en-dehors de celui-ci, ainsi qu'au sein de l'examen clinique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de poseur de marbre. En revanche, elle était entière dans une activité

adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée, pas d'effort de soulèvement ni de port de charge supérieur à 5 kg, proche du corps, pas d'effort bras tendu en avant, pas de piétinement ni de position en porte-à-faux. La position assise était possible, mais nécessitait un changement de position régulier (assis-debout). L'assuré disposait de peu de ressources personnelles du fait de sa formation professionnelle et de son réseau social inexistant. Le pronostic était réservé en raison de l'avancée du processus d'invalidation.

35. L'expertise précitée a été soumise au SMR qui a considéré, dans un avis du 14 décembre 2017, sous la plume du docteur Q_____, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.
36. Suite à l'expertise et à l'avis du SMR, l'OAI a transmis le dossier à son service de réadaptation, qui a estimé que dans la mesure où les conclusions médicales étaient suffisamment claires, il n'y avait pas lieu de les compléter par des renseignements d'ordre professionnel. L'assuré était ainsi en mesure d'assumer des tâches simples et peu qualifiées, telles que l'industrie légère, la livraison légère ou encore la surveillance, activités représentées de manière suffisamment significatives sur un marché équilibré du travail. Par ailleurs, compte tenu de l'éloignement du marché du travail et du processus avancé d'invalidation, soulevé par les médecins, des mesures de réadaptation auraient de toute évidence été biaisées. Au demeurant, elles n'auraient été ni simples ni adéquates et n'aurait en aucun cas permis de réduire le dommage au vu des activités envisageables, de l'âge de l'assuré et de son parcours.
37. Par décision du 27 avril 2018, confirmant un projet du 28 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations vu la capacité de l'assuré à exercer à 100% une activité adaptée. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 20%, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.
38. Le 29 mai 2018, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision querellée et, cela fait, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente et au renvoi de la cause à l'OAI afin que celui-ci fixe son droit à la rente. En substance, le recourant a relevé que les conclusions de ses psychiatres traitants n'étaient de manière générale pas prises en considération par le SMR. Par ailleurs, en raison de son atteinte, il avait rencontré diverses difficultés d'ordre social. Le peu de ressources personnelles (vu sa formation professionnelle et le réseau social inexistant) et l'avancée constante du processus d'invalidation rendaient le pronostic réservé. Enfin, son invalidité devait être déterminée en prenant en considération son âge. Par conséquent, vu le manque de formation, ses difficultés linguistiques, sa longue incapacité de travail et l'âge avancé (près de 62 ans), une rente entière se justifiait.

39. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 25 juin 2018 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Après avoir résumé les faits, l'office intimé a considéré que l'expertise du 20 novembre 2017 répondait aux réquisits jurisprudentiels. Par ailleurs, le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré par les experts. Enfin, compte tenu du contexte personnel et professionnel, la mise en valeur par le recourant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était exigible. Vu les limitations fonctionnelles, le marché du travail équilibré offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté.

40. Le recourant a persisté dans ses conclusions par réplique du 31 août 2018.

41. L'intimé en a fait de même le 24 septembre 2018.

42. Sur ce, la cause a été gardée 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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige s'inscrit dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 23 mars 2015. Il porte sur le point de savoir si, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, la situation médicale de l'assuré s'est détériorée entre 2012 et 2018 et si, cas échéant, cette péjoration justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

4. a. Lorsque la rente d'invalidité 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]).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). 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 (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, 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 même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

b. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

c. La dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 125 V 369 consid. 2).

5. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

6. a. Selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est décrit comme une atteinte à la santé retenue lorsque « des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même » et que le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90, dans sa version en vigueur au moment où l'assuré a été expertisé (Pierre-André FAUCHÈRE, Douleur somatoforme, 2007, p. 141 s.).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral applicable jusqu'en 2018, les assurances sociales ne couvraient pas les conséquences de la névrose de revendication (ou de compensation) classée sous chiffre F68.0 de la CIM-10 (ATF 104 V 31 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 189/01 du 11 septembre 2001 consid. 4b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances C-2768/2008 du 13 octobre 2009 consid. 8.1). Pour le Tribunal fédéral, l'assuré atteint de ce type de névrose ne parvenait pas à sortir du rôle d'invalide, qu'il justifiait par une infirmité inexistante ou dont il exagérait les effets. Ses mobiles – inconscients – pouvaient être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejetait, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se faisait une juste représentation

de la réalité, il en était venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agissait donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne pouvait, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (ATF 104 V 31 consid. 2b).

b. La dysthymie est caractérisée selon la CIM-10 par un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F34.1).

Selon la jurisprudence applicable jusqu'en 2017, cette maladie ne suffisait en principe pas à établir l'existence d'une atteinte psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'était pas exigible de la part d'un assuré. Cette conclusion n'était toutefois pas absolue. Un trouble dysthymique pouvait dans un cas concret affecter de façon significative la capacité de travail, s'il apparaissait en conjonction avec d'autres affections psychiques telles qu'un trouble sévère de la personnalité par exemple. Si par contre, sur le plan psychiatrique, seul le diagnostic de dysthymie était posé, cette maladie ne constituait pas une pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2.1 ; 8C_528/2008 du 22 octobre 2008 consid. 3.3 ; I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1 ; I 938/05 du 24 août 2006 consid. 4.1 et 5 ; I 834/04 du 19 avril 2006 consid. 4.1 ; I 488/04 du 31 janvier 2006 consid. 3.3 ; I 724/01 du 23 mai 2002 consid. 2b). Cette affection psychique pouvait donc en principe être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible. En effet, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré avait l'obligation de diminuer le dommage et devait entreprendre de son propre chef tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références), notamment en faisant usage des offres thérapeutiques disponibles (ATF 127 V 294 consid. 4b/cc).

c. Lors d'un trouble (ou syndrome) somatoforme douloureux, la plainte essentielle concerne, selon la CIM-10, 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. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici (F45.4).

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne faisait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la

jurisprudence avait dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'en 2015, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

7. a. Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Le point de départ de l'évaluation précitée est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les

limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1)

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoforme douloureux à tous les troubles psychiques. (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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).

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).

b. 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.

b/aa. 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).

b/bb. 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).

b/cc. 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).

b/dd. 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. a. 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).
- b. 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 œuvre 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 œuvre 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).

c. Selon la jurisprudence, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure, ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

10. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision du 29 février 2012 et la décision querellée du 27 avril 2018. Pour ce faire, il convient de procéder à une analyse comparative de la situation prévalant en 2012 et en 2018.

En 2012, l'intimé a rejeté la deuxième demande de prestations du recourant en se fondant sur le rapport d'expertise du 9 mai 2011 du Dr G_____, dans lequel ce spécialiste a uniquement retenu des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir un processus d'invalidation très avancé, une dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les critères en matière de trouble dépressif étaient insuffisants pour poser ce diagnostic. Quant aux critères en matière de syndrome douloureux somatoforme persistant, ils n'étaient pas suffisants pour retenir un aspect invalidant, faute notamment de comorbidité psychiatrique importante, étant précisé que pour examiner le caractère invalidant de ce trouble, le Dr G_____ s'est prononcé sur la base des critères posés par le Tribunal fédéral des

assurances ainsi que les éléments retenus par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et ceux ressortant de son expérience clinique. Pour l'expert, il restait l'image d'une personne très avancée dans un processus d'invalidation, qui considérait toujours l'accident de 2002 comme étant la cause de la dégradation de son état de santé. Le recourant s'était créé une identité d'handicapé lourd, et en était lui-même à 100% convaincu. Il vivait pour sa maladie et était si convaincant que son entourage était très soutenant. La capacité de travail était donc entière sur le plan psychique.

Dans le cadre de la nouvelle demande déposée par le recourant, l'intimé a mis en œuvre, une expertise pluridisciplinaire, médecine interne, rhumatologique, neurologique et psychiatrique auprès du CEMEDEX. Par rapport du 20 novembre 2017, les Drs M_____, N_____, O_____ et P_____ ont diagnostiqué une discopathie lombaire basse, spondylolisthésis L5-S1 de stade 1 avec discopathie L5-S1 (avec incidence sur la capacité de travail) et un processus d'invalidation très avancé, une dysthymie et un syndrome douloureux persistant (sans répercussion sur la capacité de travail).

Les experts ont conclu que depuis la dernière expertise, il n'y avait pas eu de modification de l'état psychique de l'expertisé. L'accident avait décompensé un spondylolisthésis préexistant avec discopathie L5-S1. Cet état ne s'était pas modifié depuis août 2003. Si l'activité habituelle de poseur de marbre n'était plus exigible, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées était possible à 100%.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport du 20 novembre 2017.

Force est de constater que ledit rapport remplit plusieurs des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient en effet un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant et des observations cliniques. Cela étant, la discussion générale du cas et les conclusions des médecins ne sont pas motivées. Si la chambre de céans arrive à comprendre les motifs pour lesquels les experts ont conclu à une majoration des symptômes physiques pour des motifs psychiques, il n'en va pas de même des diagnostics de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux, l'expert-psychiatre s'étant contenté d'indiquer « les deux autres diagnostics sont également conformes à mes observations ». On ne sait ainsi pas pour quels motifs l'expert a retenu un trouble somatoforme douloureux et une dysthymie et non pas un état dépressif d'intensité sévère, comme les médecins traitants l'ont pourtant évoqué à plusieurs reprises. On ne sait pas non plus pourquoi les trois diagnostics retenus ne sont pas invalidants. Certes, en application de la jurisprudence ayant eu cours jusqu'en 2015, en l'absence de comorbidité psychique grave, le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant. Il en allait de même de la majoration des symptômes physiques pour des motifs psychiques et de la dysthymie, lesquelles ne constituaient en principe pas des atteintes susceptibles d'entraîner une invalidité selon la jurisprudence ayant cours jusqu'en novembre 2017. Toutefois, depuis juin 2015, le caractère invalidant d'un trouble somatoforme

douloureux s'examine conformément à la grille d'évaluation prévue par l'ATF 141 V 281. Dans ce contexte, même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être envisagé dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Or, faute d'explications de l'expert psychiatre du CEMEDEX, on ne sait pas comment celui-ci a examiné le caractère incapacitant du trouble somatoforme (critères jurisprudentiels en vigueur jusqu'en 2015 ou selon la grille d'évaluation prévue par l'ATF 141 V 281). Par ailleurs, compte tenu de la date de l'expertise (20 novembre 2017) et celle de l'ATF 143 V 418 (30 novembre 2017), le caractère invalidant de la dysthymie et de la majoration des symptômes physiques pour des motifs psychiques a, de toute évidence, été examinée selon les critères en vigueur jusqu'en novembre 2017 et non selon la nouvelle grille d'évaluation applicable lorsque la décision querellée a été rendue.

En présence d'un rapport ainsi motivé, la chambre de céans ne saurait procéder à une appréciation concluante selon les indicateurs développés par la jurisprudence (ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418) sur la base de l'expertise des médecins du CEMEDEX. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'a d'autre choix que de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle devra se prononcer sur le caractère invalidant des troubles psychiques conformément à la grille d'évaluation élaborée par le Tribunal fédéral en 2015. Il appartiendra également à l'expert nouvellement nommé d'indiquer les motifs pour lesquels il s'écarte, le cas échéant, du diagnostic d'état dépressif d'intensité sévère posé par les médecins traitants du recourant.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 27 avril 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens du considérant précité.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 27 avril 2018.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le