RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1874/2021 **ATAS/580/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juin 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, originaire du Maroc et naturalisé suisse, est entré en Suisse en 1994 où il a travaillé en qualité de couturier et de verrier jusqu'en 2007. Il est par ailleurs marié et père de deux enfants nés en _____ 2003 et en _____ 2005.

b. En 2008, l'intéressé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Suite à un examen bi-disciplinaire réalisé le 18 août 2008 par les médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), les prestations lui ont été refusées, par décision du 6 janvier 2009, confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu depuis la chambre des assurances sociales de la Cour de justice [ci-après : la chambre de céans]) du 16 juin 2009. Les médecins du SMR n'ont retenu aucune atteinte avec répercussion sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, ils ont constaté des rachialgies communes avec cervico-brachialgie droite, une dysthymie et une probable hypothyroïdie. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charges régulier de plus de 15 kg, de travail en porte-à-faux ou en position statique prolongée du tronc et la nécessité de pouvoir changer de position.

c. Depuis le 1er juillet 2011, l'assuré était au bénéfice d'un emploi de solidarité dans le secteur de la couture de B_____ (ci-après : B_____), au salaire de CHF 3'225.- par mois.

d. Par décision du 9 juillet 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une deuxième demande de prestations de l'assuré.

e. Une IRM cervicale effectuée le 12 juin 2014 a mis en évidence un canal cervical étroit C5-C6, C6-C7 avec rétrécissement foraminal bilatéral et une petite hernie discale intra-récessale C5-C6 droite repoussant postérieurement la racine C6.

f. Dans son rapport non daté, reçu le 25 juin 2014 à l'OAI, la psychologue qui suivait l'assuré en 2014, Madame C_____, a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, d'une dysthymie, d'un trouble anxieux mixte et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. De ce fait, l'assuré était incapable de travailler à 100 %. Cependant, il ne pouvait se permettre de travailler moins pour des questions financières. Il souffrait de ne pouvoir faire son travail correctement, et les difficultés relationnelles dans son emploi rendaient les choses encore plus difficiles. Il souhaitait conserver un travail à temps partiel. La psychologue a dès lors proposé qu'une aide financière fût accordée à l'assuré afin de lui permettre de travailler à mi-temps, et une aide pour un reclassement professionnel.

g. Le 27 juin 2014, le docteur D_____ a attesté des cervico-brachialgies droites chroniques et invalidantes sur canal cervical étroit et hernie discale C5-C6 et que ces atteintes justifiaient une incapacité de travail à 100 %.

h. Selon le rapport d'évaluation du 18 novembre 2014 de l'OAI, l'assuré a déclaré qu'il n'envisageait actuellement aucune reprise de travail, son état de santé ne le lui permettant pas. Cela étant, il a fait référence à sa médication qui lui brouillerait l'esprit et le fatiguerait, à ses douleurs et à son manque de sommeil, au manque de respect d'une de ses collègues et au stress face aux exigences professionnelles. À terme, il ne se voyait pas pouvoir reprendre le travail à plus de 50 %. Il se plaignait par ailleurs que l'emploi de solidarité était payé à un salaire de misère, pour lequel il peinait à trouver la motivation nécessaire. Il estimait également intolérable que, dans ces conditions, on pût lui manquer de respect et le bousculer en faisant pression sur son rendement. L'assuré éprouvait un grand sentiment d'injustice face à ses souffrances, qu'on se refusait à lui reconnaître, ce qui l'avait conduit dans une situation de grande précarité et obligé à travailler au-dessus de ses forces pour un salaire de misère.

i. Selon le rapport médical du 9 décembre 2014 des docteurs E_____ et Enrico F_____, des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré présentait des douleurs cervicales et lombaires diffuses, sans irradiation spécifique. L'électroneuromyogramme (ENMG) a confirmé l'absence de dénervation aiguë.

j. Le 22 janvier 2015, le docteur G_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a diagnostiqué un trouble dépressif persistant et a déclaré qu'il était difficile de dire si on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

k. Le contrat de travail à B____ a été résilié avec effet au 31 octobre 2015, au vu de la longue absence de l'assuré pour cause de maladie ; celui-ci s'est inscrit à l'assurance-chômage pour un emploi à 50 %.

l. Suite à une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans laquelle l'assuré a fait état d'une dépression sévère et d'une arthrose, ce dernier a été soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par le docteur H_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. Dans le rapport d'expertise du 5 avril 2017, le Dr I_____ a retenu des cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur minimes discopathies C5-C6 et C6-C7. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, ainsi qu'un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgiforme avec diminution du seuil de tolérance à la douleur. Dès janvier 2015, l'atteinte somatique avait diminué la capacité de travail dans l'activité habituelle, soit lorsque l'assuré a souffert d'une exacerbation franche des douleurs avec indication à faire des blocs

péri-facettaires C5-C6 droits. Il y avait alors une diminution de rendement de 10 % en raison du vécu douloureux devenu chronique. Sur le plan psychiatrique, le Dr H_____ n'a émis aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Le seul diagnostic était une dysthymie qui n'avait pas de répercussion sur celle-ci. Depuis environ deux mois, au moment de l'expertise, l'assuré était suivi par un psychiatre qui lui avait prescrit les médicaments Escitalopram et Gabapentine pour les douleurs, ainsi que le Stilnox. D'après ce que l'expert psychiatre avait cru comprendre, l'assuré avait interrompu le traitement. Celui-ci se disait par ailleurs très isolé, à part sa famille. Toutefois, il était venu à l'entretien avec l'expert psychiatre accompagné d'un ami qui travaillait à Neuchâtel. Il y avait des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, dès lors que l'assuré disait être triste, alors que l'humeur n'était pas dépressive. Il avait plutôt une attitude plaintive. Les signes cliniques d'une dysthymie étaient par contre bien présents. Dans les occupations du recourant, il était relevé notamment qu'il amenait ses enfants à l'école et à des activités. Il pouvait également partir au Maroc pour rendre visite à sa mère, ce qui ne serait pas possible s'il était atteint d'un épisode sévère d'un trouble dépressif. En consilium, les deux experts ont retenu une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % à partir d'avril 2015.

m. Par décision du 15 novembre 2017, l'OAI a refusé les prestations à l'assuré, sur la base de l'examen du SMR. Le recours contre cette décision a été déclaré irrecevable pour cause de tardiveté par arrêt du 13 septembre 2018 de la chambre de céans.

n. En octobre 2018, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé depuis le début de l'année 2018.

o. Par courrier du 12 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il a dès lors invité l'assuré à lui faire parvenir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, dans un délai de trente jours.

p. Le 19 octobre 2018, l'assuré a produit un rapport du 28 août 2018 du Dr G_____, lequel a attesté un trouble dysthymique, soit un abaissement chronique de l'humeur, persistant depuis plusieurs années et faisant suite à un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, réactionnel aux problèmes somatiques et professionnels. Ce psychiatre a également diagnostiqué une somatisation, laquelle s'était aggravée ces derniers mois et avait entraîné une péjoration du trouble dysthymique avec apparition de cauchemars et crises hyperphagiques. L'état de santé de l'assuré ne permettait pas une reprise du travail. Le traitement consistait en Sertraline 10 mg 2x par jour, Dafalgan 4 comprimés par jour, Stilnox 1 comprimé le soir, Lodine 2 comprimés par jour et Algifor 400 mg 1x par jour.

q. L'assuré a aussi transmis à l'appui de sa demande le rapport du 13 septembre 2018 du Dr D_____, généraliste, attestant qu'il était en incapacité de travail totale. Selon ce médecin, l'assuré présentait depuis janvier 2015 un état dépressif avec douleurs cervicales chroniques et trouble de somatisation en aggravation ces derniers mois, rendant impossible toute réadaptation. Une IRM cervicale du 23 novembre 2017 montrait une discopathie cervicale étagée avec canal rétréci. Plusieurs consultations de la douleur aux HUG avaient eu lieu. Les traitements proposés n'avaient cependant pas amélioré les douleurs. Une infiltration avait provoqué une exacerbation de celles-ci. La psychothérapie était toujours en cours. De l'avis du Dr D_____, une réévaluation de la situation par l'assurance-invalidité était indispensable.

r. En annexe à son courrier du 29 octobre 2018, l'assuré a produit le rapport du 18 octobre 2018 du Dr G_____ attestant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. L'état de santé de l'assuré s'était ainsi considérablement aggravé actuellement. À cela s'ajoutait une somatisation. Ces atteintes ne permettaient pas la reprise d'un travail.

s. Dans un avis médical du 15 novembre 2018, le docteur J_____, du SMR, a constaté que le Dr G_____ avait émis les mêmes diagnostics qu'en 2008. Quant au Dr D_____, il a certifié sans précision que, depuis janvier 2015, l'assuré présentait un état dépressif et a fait état de l'IRM cervicale du 23 novembre 2017. Toutefois, cette pathologie avait déjà été évaluée lors de l'expertise du Dr I_____. Partant, une aggravation de l'état de santé n'était pas rendue plausible.

t. Le 16 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, en l'absence de modification de son état de santé. Par décision du 11 janvier 2019, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

u. Par acte du 12 février 2019, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 8 octobre 2018, avec intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sur la base des certificats des Drs G_____ et D_____ du 28 août, respectivement du 13 septembre 2018, il a allégué que son état s'était notablement péjoré après le refus de prestations de l'intimé par décision du 15 novembre 2017. Il rappelait à cet égard qu'au stade de l'examen de l'entrée en matière, l'administration ne devait pas se montrer trop stricte s'agissant de la preuve de la modification de l'état de santé et que des indices d'une modification suffisaient. En l'occurrence, les trois certificats produits par le recourant constituaient de tels indices d'une aggravation de son état de santé.

v. Dans sa réponse du 13 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a mis en exergue que sa décision de refus de prestations avait été rendue le 15 novembre

2017 et que le recourant avait déposé une nouvelle demande de prestations le 9 octobre 2018. Par ailleurs, le Dr G_____ avait émis précédemment les mêmes diagnostics et les atteintes avaient été évaluées lors de l'examen psychiatrique du 5 avril 2017. Ce médecin n'apportait aucun élément justifiant une aggravation de l'état de santé. Quant au Dr D_____, il a fait état d'un état dépressif avec douleurs cervicales chroniques et trouble de somatisation depuis janvier 2015 et en aggravation ces derniers mois. Or, lors de l'examen rhumatologique du 12 juin 2017, l'atteinte somatique avait déjà été évaluée par un expert et le médecin traitant n'apportait aucun élément objectif nouveau.

w. Par arrêt du 18 avril 2019 (ATAS/352/2019), la chambre de céans a rejeté le recours au motif que les diagnostics des Drs G_____ et D_____, mentionnés dans les rapports des médecins des 28 août, 13 septembre et 18 octobre 2018, étaient bien connus de longue date et que les douleurs qui s'étaient prétendument aggravées selon les termes du recourant n'étaient pas objectivables et ne revêtaient pas un caractère invalidant, selon les experts précédemment mandatés. De surcroît, les plaintes du recourant étaient identiques depuis des années ; en l'absence de nouveaux diagnostics et de nouvelles plaintes, c'était ainsi à raison que l'intimé avait retenu que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant précisé qu'il se considérait depuis longue date totalement incapable de travailler. L'arrêt du 18 avril 2019 n'a pas été contesté et est entré en force.

B. **a.** Par nouvelle demande de prestations invalidité datée du 6 octobre 2019, l'assuré a requis, à nouveau, des prestations invalidité auprès de l'OAI en citant à nouveau les mêmes médecins traitants, soit les Drs G_____ et D_____ et, comme atteintes à la santé, un trouble dépressif, un syndrome douloureux lié à une discopathie et des lésions du canal cervical, depuis 2014.

b. Par courrier du 21 octobre 2019, l'OAI a considéré, après examen du dossier, que le droit aux prestations sollicitées par l'assuré avait déjà fait l'objet d'une décision en date du 1er janvier 2019 et que la nouvelle demande ne pouvait pas être examinée si l'assuré ne démontrait pas que sa situation s'était modifiée de manière à influencer ses droits ; ce dernier était ainsi invité à faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision.

c. L'assuré a communiqué à l'OAI un rapport médical du 4 novembre 2019 par lequel son médecin traitant, le psychiatre G_____, posait un diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F30.2) sur un terrain dysthymique ancien (F31.1) avec comme diagnostic secondaire un trouble anxieux mixte (F41.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une discopathie avec cervicalgies (M54.22). Il concluait à une incapacité de travail de 100 % et à un pronostic réservé.

d. Par avis médical du 4 mai 2020, le SMR a considéré qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique ainsi que sur le plan

somatique, l'aggravation psychiatrique étant marquée depuis septembre 2018, alors que sur le plan orthopédique, l'IRM cervicale de septembre 2019 était identique à celle effectuée en 2017. Le SMR a conseillé de demander un rapport médical initial aux médecins traitants.

e. Par rapport initial du 2 juin 2020, le Dr G_____ a confirmé ce qu'il avait déjà déclaré dans son certificat, notamment une capacité de travail de 0 %, sans préciser à quel moment celle-ci était intervenue, et ajoutant que l'état dépressif n'avait jamais été amélioré, malgré les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

f. Par rapport initial du 2 juillet 2020, le Dr D_____ a confirmé une cervicalgie chronique depuis 2007 avec un état dépressif réactionnel, des cervicalgies persistantes avec état dépressif sévère et une aggravation depuis le rapport médical de 2015, précisant que la cervicalgie chronique, le syndrome douloureux diffus et l'état dépressif sévère avaient une incidence sur la capacité de travail. Il concluait que l'assuré n'avait aucune capacité de gain sans préciser la date à laquelle cette dernière était intervenue.

g. Par avis médical du 31 août 2020, le SMR a résumé le dossier puis a conseillé de faire procéder à une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, afin d'établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail, l'évolution des incapacités de travail et la capacité de travail résiduelle, depuis la dernière décision de l'OAI rendue le 15 novembre 2017.

h. Par courrier du 3 décembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise bi-disciplinaire allait être réalisée et lui a communiqué le nom des experts retenus, soit les docteurs K_____, rhumatologue, et L_____, psychiatre, en l'informant des possibilités de demander leur récusation et/ou de faire des remarques sur le projet de mandat d'expertise qui était joint en annexe. L'assuré n'a pas réagi.

i. Le rapport d'expertise bi-disciplinaire a été rendu en date du 26 janvier 2021.

L'examen somatique avait duré deux heures et l'examen psychiatrique avait duré une heure quinze.

Sur le plan somatique, le seul diagnostic retenu consistait en une cervico lombalgie chronique, non incapacitante, qui diminuait le rendement de 10 %. L'examen, pour le reste, se révélait dans la norme.

Sur le plan psychiatrique, les diagnostics retenus étaient un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Selon l'expert, les ressources avaient été analysées et témoignaient de bonnes et nombreuses ressources mais les difficultés de l'assuré résidaient dans une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il était ainsi indiqué que l'assuré présentait un histrionisme et était mécontent du corps médical.

En conclusion, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % avec une diminution de rendement de 10 %, et dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % avec une diminution du rendement également, avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la position debout prolongée, les ports de charges en porte-à-faux de plus de cinq à dix kg de manière répétitive et les mouvements de flexion et d'extension de la nuque.

j. Dans son rapport du 1er mars 2021, le SMR a rappelé qu'il s'agissait de la quatrième demande de prestation invalidité présentée par l'assuré et ceci toujours pour les mêmes raisons, soit des douleurs cervicales et des problèmes psychologiques. À la lecture du rapport d'expertise bi-disciplinaire, le SMR considérait que la capacité de travail durable était de 100 % depuis toujours et mentionnait la diminution de rendement dans l'activité habituelle, ainsi que les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée.

k. Par note statut du 1er mars 2021, le gestionnaire de l'OAI a rappelé que l'assuré était sans emploi depuis 2015, que précédemment, il était ouvrier polyvalent à B_____, qu'il avait exercé des activités en tant que couturier, couturier industriel, ouvrier de production et aide-soignant à 100 %, et qu'il était aidé par l'Hospice général depuis le 1er octobre 2018. Il s'agissait donc d'un statut d'actif à 100 %.

l. Par projet de décision du 4 mars 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande dès lors qu'à l'issue de l'instruction médicale, une atteinte à la santé invalidante ne pouvait pas être retenue ; ce n'est une baisse de rendement de 10 % qui se justifiait dans toute activité, en raison de l'atteinte rhumatologique. S'agissant des éventuelles mesures professionnelles, il était considéré qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière notable, dans la mesure où elles ne permettaient pas d'augmenter la capacité de gain de l'assuré.

m. Par courrier du 22 avril 2021, le mandataire de l'assuré s'est opposé au projet de décision et a notamment contesté la baisse de rendement évaluée à 10 %.

n. Par décision du 29 avril 2021, l'OAI a rejeté l'opposition et a confirmé le projet de décision du 4 mars 2021, pour les mêmes motifs.

C. **a.** Par acte déposé par son mandataire le 31 mai 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 29 avril 2021. Il a conclu préalablement à l'audition du recourant, de son médecin traitant le Dr G_____, ainsi que de la psychologue, Mme C_____, et à ce qu'une expertise médicale psychiatrique soit ordonnée par la chambre de céans. Principalement, il était conclu à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'une rente entière d'invalidité soit versée au recourant à compter du 1er avril 2020 avec intérêts moratoires de 5 % avec suite de frais et dépens. Dans son recours, l'assuré a repris l'intégralité des faits depuis son licenciement très mal vécu de chez son employeur M_____. Il a ensuite résumé les différentes étapes et rapports médicaux versés au dossier depuis sa nouvelle demande de prestation invalidité du 11 octobre 2019 et a critiqué le résultat de l'expertise, notamment le fait qu'autre aucun syndrome douloureux somatoforme persistant n'était retenu et le

fait que les experts estimaient que le recourant disposait de nombreuses ressources. Le recourant considérait que le rapport d'expertise comportait de nombreuses incohérences au regard des diagnostics posés par le médecin traitant G_____, alléguant qu'il était parvenu à se concentrer durant l'entretien car il avait fait montre de bonne volonté et s'était efforcé de contribuer au mieux, alors qu'il souffrait de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire et ne disposait pas de ressources mais, au contraire souffrait d'un isolement social critique. Dès lors, les experts avaient retenu à tort que l'épisode dépressif dont était victime le recourant n'était pas incapacitant, ce d'autant plus que l'unique activité de loisirs du recourant était de se rendre au fitness et qu'en raison de la situation sanitaire de l'époque due à la pandémie COVID-19, il avait été privé de tout loisir en raison de la fermeture des salles de sport. Aucune nouvelle pièce n'était jointe au mémoire de recours.

b. Par réponse du 29 juin 2021, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise rappelant que le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente concernant l'état de santé du recourant n'était pas en soi déterminant selon la jurisprudence. Il était également relevé que cette cinquième demande de prestation invalidité avait été déposée à peine six mois après la décision de non-entrée en matière du 11 janvier 2019, confirmée par la chambre de céans le 18 avril 2019.

c. Par réplique du 30 août 2021, le mandataire du recourant s'est à nouveau attaqué à la valeur probante de l'expertise, faisant valoir que l'examen n'avait duré que septante-cinq minutes et mentionnant que les experts n'avaient pas tenu compte de l'appréciation du recourant selon laquelle c'était « de pire en pire ». Il a ajouté que le recourant avait évoqué être rejeté par son entourage et avoir peu de soutien de la part de sa famille, et a persisté intégralement dans ses conclusions.

d. Par duplique du 23 septembre 2021, l'OAI a rappelé que la mission de l'expert était certes de relever les plaintes formulées par l'expertisé, mais qu'il n'était pas tenu de les reprendre dans son évaluation, ajoutant que le fait de prendre les plaintes en considération ne signifiait aucunement qu'elles devaient correspondre au diagnostic retenu et aux conclusions formulées quant à la capacité de travail.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront cités, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. 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.

5. Le litige porte sur la décision de l'OAI de refus de prestation invalidité du 29 avril 2021.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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, mentale ou psychique 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 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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).

7.

7.1 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

7.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social

intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

7.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

7.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

8. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

9.

9.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences

professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

9.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

9.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier, n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des

éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

9.6 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

9.7 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).

9.8 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11.

11.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

11.2 Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

11.3 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son

appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

12. 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).

13. En l'espèce, le recourant soutient que son état s'est aggravé depuis la dernière décision rendue par l'OAI, en date du 11 janvier 2019, confirmée par la chambre de céans, par arrêt du 18 avril 2019.

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise administrative bi-disciplinaire ordonnée par l'intimé et il y substitue les conclusions de ses propres médecins traitants quant à son incapacité de travail.

L'OAI, de son côté, considère que l'expertise bi-disciplinaire a une valeur probante et que les conclusions des experts, selon lesquelles le recourant jouit d'une pleine capacité de travail sous réserve d'une perte de rendement de 10 %, doivent être suivies.

13.1 Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 27 janvier 2021.

L'examen clinique a duré deux heures pour la partie somatique et une heure quinze pour la partie psychiatrique. Les sources utilisées sont rappelées et résumées depuis l'année 1999 ; notamment, les rapports médicaux des médecins traitants et leurs conclusions.

L'évaluation consensuelle rappelle que l'assuré en est à sa quatrième demande de prestation invalidité, pour les mêmes raisons, soit des douleurs cervicales et des problèmes psychologiques.

Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail au plan somatique et au plan psychique sont clairement décrits, de même que la diminution de rendement liée aux douleurs cervico-lombaires chroniques stabilisées, qui est estimée à 10 %.

La fréquentation d'un club de fitness au quotidien est mentionnée comme démontrant qu'il n'y a pas de réduction uniforme des activités dans tous les domaines, et les ressources de l'expertisé sont largement décrites sous chiffre 3.5 de l'expertise.

Les experts exposent les raisons pour lesquelles l'assuré dispose de ressources, constatant notamment qu'il sait évoluer au sein d'un groupe, qu'il en discerne les règles et s'y adapte, notamment au sein du fitness qu'il fréquente. Son sens du contact envers les tiers est considéré comme efficient ; il a la capacité de s'affirmer, il sait défendre ses convictions sans violer les normes sociales. L'expertisé sait planifier et structurer les tâches ainsi que les activités sportives qu'il suit au quotidien, en dehors de la pandémie.

Le contrôle de cohérence fait apparaître, au plan somatique, des plaintes rapportées qui ne correspondent pas à l'examen rhumatologique du jour et qui ne permettent de conclure à aucune incapacité dans tous les domaines de la vie, hormis la diminution de rendement des 10 % liée aux douleurs cervico-lombaires chroniques stabilisées actuellement. Sur le plan psychique, la principale incohérence relevée lors de l'entretien est le différentiel entre un état psychiatrique proche de la norme chez un assuré qui se perçoit incapable de pouvoir honorer toute activité professionnelle, y compris si elle est adaptée. Seule la dysthymie F34.1 est retenue avec un épisode dépressif F32.

Lors de son entretien, le recourant a pu librement exprimer ses plaintes ; il a exposé son anamnèse familiale et son parcours scolaire et professionnel. Bien que divorcé, l'expertisé considère que les relations familiales sont importantes pour lui, essentiellement avec sa sœur et avec ses filles, âgées de 15 et 17 ans et qui vivent avec leur mère.

Appelé à détailler une journée-type, l'expertisé a décrit se lever entre 5h et 7h, se coucher à 22h30 et dans l'intervalle faire sa toilette, son petit-déjeuner, les courses, entretenir un peu son studio et aller au fitness tous les matins, sauf pendant la période de confinement. L'après-midi, il déclare se reposer beaucoup et sortir parfois se promener. Il dit n'avoir pas besoin d'aide dans les activités de ménage et sa vie quotidienne. Aucun stress n'a été noté par les experts, ni au début, ni à la fin

de l'entretien, chez un assuré décrit comme étant plutôt calme, jovial, coopérant, répondant aux questions de façon tout à fait honnête et conforme aux règles habituelles. Lors de l'examen rhumatologique, le diagnostic de fibromyalgie a été écarté dès lors qu'il n'y avait pas de signes par rapport aux points permettant de poser le diagnostic.

En résumé, l'assuré n'est pas limité du point de vue rhumatologique, pas plus que du point de vue psychiatrique, et l'expert rhumatologue rejoint tout à fait les conclusions de l'expertise effectuée en 2017 par le Dr I_____.

Sur le plan psychiatrique, il n'est pas mentionné d'idées noires ni de pulsions suicidaires. Un histrionisme et une insatisfaction médicale amènent l'expert à retenir un diagnostic de majoration de symptômes physiques, pour des raisons psychologiques F68.0. Son développement et sa scolarité sont jugés sans accroc et il est relevé qu'il dispose de nombreuses ressources.

13.2 Le rapport des experts correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical. Il contient en outre une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle fouillée, et les experts ont rapporté leurs observations cliniques de manière détaillée et ont exposé, de manière convaincante, pour quelles raisons ils se ralliaient aux avis des précédents experts intervenus en 2017. Les conclusions sont, elles aussi, claires et motivées.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'expertise bi-disciplinaire du 27 janvier 2021 présente une valeur probante et qu'il n'existe aucun élément qui aurait été oublié par les experts ou qui contredirait objectivement leurs conclusions.

Ce que le mandataire du recourant décrit comme de nombreuses incohérences, notamment au regard des diagnostics posés par le médecin traitant, soit le Dr G_____, doit être considéré comme une appréciation différente, notamment quant à la gravité de l'épisode dépressif, étant rappelé que le médecin traitant ne fournit aucun élément objectif permettant de remettre en question l'appréciation de l'expert psychiatrique et qu'il est vraisemblable que son appréciation ait pu être influencée par les tendances de l'expertisé à exagérer ses symptômes et sa situation, comme cela a été relevé par les deux experts désignés par l'intimé.

Ainsi, la chambre de céans ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expertise ordonnée par l'administration du seul fait que le Dr G_____ a une opinion contradictoire.

Les médecins traitants n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts, étant rappelé que 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.

Le grief selon lequel le médecin traitant G_____ n'a pas été contacté par les experts ne permet pas de conclure à une diminution de la valeur probante de l'expertise, étant rappelé que les experts peuvent discuter avec les médecins traitants mais n'en ont pas l'obligation.

13.3 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision de l'OAI, respectivement de la chambre de céans, au point qu'une incapacité de travail durable puisse être constatée.

Partant, d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, et il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références), raison pour laquelle la conclusion préalable du recourant visant à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique soit ordonnée sera écartée.

14. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

15. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
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.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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