

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3668/2013

ATAS/860/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 juillet 2014**

**4ème Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à BERNEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1968 et titulaire d'un diplôme de menuisier, a travaillé comme serveur dans la restauration. Puis, le 7 avril 2003, il a été engagé en tant que manutentionnaire auprès de la société coopérative B\_\_\_\_\_ Genève.
2. Le 2 mars 2004, il a été victime d'un accident alors qu'il circulait en scooter. Il a souffert de commotion cérébrale, contusions multiples et forte contusion du dos. Des examens radiologiques du 9 mars 2004 ont révélé des discopathies étagées sans conflit radiculaire et ont exclu la présence de lésions traumatiques à la colonne dorsale et lombaire.
3. Une incapacité de travail lui a été reconnue dès le jour de l'accident qui a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
4. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR), du 4 août au 15 septembre 2004 en raison de douleurs lombaires et dans la région sacro-iliaque, avec irradiation dans les deux membres inférieurs. Dans son rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 24 septembre 2004, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi que rhumatologue, a diagnostiqué des lombalgies chroniques et des discopathies lombaires étagées. Lors d'un consilium psychiatrique effectué le 6 août 2004, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs. Selon ce médecin, le trouble était d'intensité modérée et réactionnel à l'accident. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, le sujet sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles au vu des auto-limitations qu'il avait constatées au cours des examens. L'intensité du handicap fonctionnel ne pouvait s'expliquer par les suites du traumatisme qui ne justifiaient pas le maintien de l'incapacité de travail. Cette dernière était de 50% dès le 16 septembre 2004 et nulle dès le 16 octobre 2004.
5. Par décision du 17 septembre 2004 et décision sur opposition du 21 janvier 2005, la SUVA a fixé la capacité de travail de l'assuré à 50% dès le 16 septembre 2004 et à 100% dès le 16 octobre 2004.
6. Dans un rapport du 7 décembre 2004, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a constaté un très discret syndrome vertébral difficile d'interprétation dans un contexte démonstratif ainsi que des dysesthésies du membre inférieur droit sans territoire spécifique. Même si l'on devait reconnaître un syndrome douloureux, le status n'objectivait pas de limitation susceptible de justifier la poursuite d'un arrêt de travail complet.
7. Le 23 mars 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).

8. Dans un rapport du 30 avril 2005, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué des contusions multiples, une commotion cérébrale et un probable état de stress post-traumatique. L'état de santé était stationnaire avec persistance d'une boiterie inexplicable, de douleurs coccygiennes et d'une colonne lombaire diffusément douloureuse. Il a admis une incapacité de travail entière dès le 2 mars 2004 tout en précisant que la capacité de travail raisonnablement exigible dans l'activité de magasinier était difficilement évaluable et qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité.
9. Dans un rapport du 4 mai 2005, la doctoresse G\_\_\_\_\_, interniste à la consultation psychiatrique de la Jonction, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) présent depuis 2004. Elle a constaté une tristesse modérée, un discours cohérent, un manque d'énergie avec fatigue, un sentiment d'insuffisance, mais pas d'idéation suicidaire. Un trouble de la personnalité était probable, mais en cours d'évaluation. L'incapacité de travail était entière.
10. Dans un rapport du 12 février 2007, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a estimé ne pas pouvoir suivre les conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assuré. En effet, les éléments subjectifs et objectifs qu'elle mentionnait ne justifiaient pas un diagnostic invalidant au sens de l'assurance-invalidité. De plus, l'intensité du handicap fonctionnel ne pouvait pas s'expliquer par les suites de l'accident, ni par les discrets troubles dégénératifs révélés par l'imagerie radiologique, ni encore par une pathologie psychiatrique. Par conséquent, il y avait lieu de suivre les conclusions de la SUVA.
11. Dans un rapport du 9 mars 2007, la doctoresse G\_\_\_\_\_, interniste à la consultation psychiatrique de la Servette, a fait état d'une évolution clinique stationnaire sur le plan psychiatrique. Elle espérait une amélioration des symptômes anxio-dépressifs grâce à un changement du traitement antidépresseur.
12. Par décision du 3 avril 2007, l'OAI a refusé tout droit à des prestations. Sur la base des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ et de la CRR, il a considéré qu'il n'y avait pas de diagnostic invalidant.
13. Par arrêt du 12 mars 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent, a rejeté le recours formé le 25 mai 2007 contre cette décision. Il a retenu que, selon les divers rapports médicaux pertinents, l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs alors que, du point de vue physique, il n'y avait pas de réelle limitation. L'assuré n'était pas juridiquement limité dans sa capacité de gain au vu de ses problèmes de santé objectivables et ne pouvait donc prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité (ATAS/293/2008). L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt qui est, par conséquent, entré en force.
14. Le 11 janvier 2010, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations. Il a joint deux rapports établis par la Dresse G\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_.

rapport du 20 juin 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état psychique en 2005 en raison d'un état dépressif majeur. Il a également signalé l'apparition depuis 2008 d'un psoriasis en plaque des coudes ainsi que l'apparition récente de troubles respiratoires du sommeil et de symptômes de périarthrite des épaules de cause inexplicable évoluant vers une capsulite rétractile à droite entraînant une limitation fonctionnelle pour des travaux de manutention. Dans son rapport du 17 juillet 2009, la Dresse G\_\_\_\_\_ n'a pas relevé de changements dans les diagnostics psychiatriques, l'état clinique de l'assuré évoluait sur un mode chronique avec une péjoration progressive. La symptomatologie douloureuse jouait un rôle important dans cette évolution défavorable. Depuis plus d'un an, il décrivait des attaques de panique soulagées ponctuellement par des anxiolytiques qui entravaient davantage son fonctionnement.

15. Par avis du 3 juin 2010, le SMR a indiqué que les nouveaux documents médicaux versés au dossier comparés aux rapports médicaux précédents n'apportaient pas d'éléments en faveur d'affections ayant une répercussion durable sur la capacité de travail. Par conséquent, les conclusions du rapport SMR du 12 février 2007 restaient valables.
16. Par projet de décision du 18 juin 2010, puis décision du 30 août 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions de la précédente évaluation médicale.
17. Par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2010, l'assuré a recouru contre cette décision. Il a notamment produit un rapport du 14 octobre 2010 établi par la doctoresse H\_\_\_\_\_, interniste à la consultation psychiatrique de la Servette, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'humeur restait fragile et on observait des décompensations sur un mode dépressif souvent en lien avec des événements de la vie (accident de voiture, maladie de son épouse). Malgré une prise en charge avec entretiens individuels et traitement médicamenteux à la compliance optimale, le patient n'avait pas présenté d'amélioration clinique significative. La capacité à assurer une activité professionnelle semblait diminuée de manière importante et on ne pouvait pas espérer une amélioration dans « un moyen long terme ».
18. Par arrêt du 6 avril 2011, la chambre des assurances sociales a rejeté le recours interjeté contre la décision du 30 août 2010, estimant que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influer son droit aux prestations (ATAS/361/2011). L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt qui est, par conséquent, entré en force.
19. Le 12 décembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, au motif qu'il présentait une aggravation de l'état de santé depuis deux ans, et notamment une dépression plus importante.

---

20. Par rapport du 16 février 2012 à l'OAI, le Dr F\_\_\_\_\_ diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sévère avec idées suicidaires (F33.3), un syndrome douloureux chronique (R52.2), une sacro-illite unilatérale droite (M51.8), des lombo-sciatalgies droites non déficitaires (M54.4), un syndrome d'apnée du sommeil (ci-après SAS) appareillé, une discopathie C3-C4 (M50.1) et de l'obésité. L'assuré présentait une péjoration massive de son état psychique, il était de plus en plus pesant, aboulique, dépressif, ainsi que de son état physique, avec prise de poids, inertie, raideur musculo-ligamentaire, avec une demande de soins physiques de plus en plus importante. L'assuré avait une attitude figée et rigidifiée, des algies aux moindres mouvements du rachis, des hanches, de la nuque, des lombalgies et des dorsalgies. Pour les limitations physiques, ce praticien renvoyait au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et pour les limitations psychiques au psychiatre traitant. Enfin, l'incapacité de travail était totale dans toute activité comme cela était déjà le cas lors des précédentes demandes de prestations. L'assuré était complètement hors d'état d'effectuer un quelconque travail, manipulateur certes, et totalement incurable, de sorte que le pronostic était très défavorable.

Le Dr J\_\_\_\_\_ a joint plusieurs rapports, notamment un rapport du 14 octobre 2010 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie auprès de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG), un rapport du 22 février 2011 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et de la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin interne auprès de la Clinique genevoise de Montana, un rapport du 20 janvier 2012 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie auprès du service de neuropsychiatrie des HUG et un rapport non daté de la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des rachialgies chroniques, un abaissement du seuil douloureux et un possible psoriasis cutané. L'assuré semblait très déprimé et présentait des douleurs diffuses compatibles avec un syndrome douloureux chronique et un déconditionnement sévère. Le bilan biologique avait permis d'exclure un rhumatisme inflammatoire, en particulier une spondylarthrite ankylosante. Il proposait de demander un avis dermatologique. Le Dr L\_\_\_\_\_ et la Dresse M\_\_\_\_\_ ont expliqué que l'assuré avait séjourné à la clinique de Montana du 18 janvier au 4 février 2011 pour un soutien psychologique et physiothérapie. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec idées suicidaires (F33.3). A titre de comorbidités, l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique, une sacro-iliite unilatérale, des scapulalgies, des lombosciatalgies droites non déficitaires, un syndrome d'augmentation de la résistance des voies aériennes supérieures, une discopathie C3-C4, une dyslipidémie et de l'obésité stade 1. Les médecins ont noté que l'assuré présentait une détresse morale depuis plusieurs années. Il exprimait beaucoup d'angoisses liées à son état de santé, ses limitations physiques et son isolement social. Il se plaignait de douleurs diffuses évaluées 8-9/10 en permanence, sans congruence

---

avec le non-verbal. Le Dr N\_\_\_\_\_ a, quant à lui, rappelé qu'un syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré léger avait été diagnostiqué. Suite à l'essai d'appareillage par CPAP, l'assuré décrivait une nette amélioration de sa somnolence diurne sous CPAP. Le bénéfice subjectif de l'appareillage était significatif. Enfin, la Dresse O\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré présentait des lésions cutanées aux coudes, cuir chevelu et mollet évoquant fortement un psoriasis. On notait également une lésion de l'oreille externe droite sensible pouvant être de la même étiologie. Il convenait de demander l'avis d'un dermatologue.

21. Par avis du 13 mars 2012, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a estimé que l'aggravation avait été rendue plausible par l'assuré. Il convenait d'instruire le dossier sur le plan psychiatrique, rhumatologique et pneumologique.
22. Par rapport du 21 mars 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur discopathies étagées modérées, des cervicalgies chroniques avec discopathies et uncarthrose C3-C4 entraînant un rétrécissement foraminaux prédominant à droite à l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) du 25 janvier 2010, une sacro-iliite droite sur troubles dégénératifs (IRM du 2 juillet 2009), une capsulite rétractile de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et arthropathie de l'acromio-claviculaire (IRM du 14 mai 2009) et un conflit antéro-supérieur de l'épaule gauche avec tendinopathie du sus-épineux et bursite sous-acromiale (IRM du 23 mars 2009). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique, un syndrome d'hypopnées obstructives de sommeil de degré léger appareillé, un probable syndrome du tunnel carpien bilatéral discret, une dyslipidémie et de l'obésité de grade I. Ce médecin suivait l'assuré depuis le 11 février 2011. Suite à l'accident en 2004, de multiples douleurs de l'appareil locomoteur étaient apparues, initialement au niveau lombo-sacré. Par la suite, des douleurs diffuses étaient apparues, prédominant au niveau des épaules, la ceinture scapulaire et la région cervicale, ainsi que le rachis dorso-lombaire. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges, des mouvements des épaules et des positions statiques prolongées. L'incapacité de travail était totale depuis 2004. Le médecin a précisé que dans les évaluations précédentes, il lui semblait que les éléments physiques avaient été sous-estimés, probablement en raison du caractère démonstratif du patient, qui était lié à sa culture. Il y avait aussi une intrication des éléments physiques et non-organiques qui rendaient l'évaluation difficile, notamment celle de la capacité de travail résiduelle. Une expertise pluridisciplinaire paraissait indiquée.
23. Par rapport du 26 mars 2012, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, un syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures. La somnolence était nettement diminuée sous CPAP.
24. Par rapport du 24 mai 2012, la doctoresse N\_\_\_\_\_, interniste à la consultation psychiatrique de la Servette, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F33), un

---

trouble anxieux sans précision (F41.9) et un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) environ depuis juin 2004. Depuis janvier 2005, l'assuré était suivi sur le plan psychiatrique. Son état clinique évoluait sur un mode chronique, avec une péjoration clinique progressive. En 2009, il aurait développé un trouble anxieux avec des attaques de panique qui aurait encore plus péjoré son fonctionnement. Actuellement, la thymie était triste avec un sentiment de frustration en lien avec son état de santé, un sentiment d'impuissance et de culpabilité vis-à-vis de sa famille. Cette praticienne relevait une angoisse importante avec anticipation aux crises de panique, une fatigabilité, un faciès triste et un certain ralentissement psychomoteur. Le pronostic était sombre, le tableau clinique se péjorait et le trouble dépressif récurrent persistait avec des décompensations dépressives. L'incapacité de travail était totale depuis mars 2004, en raison des troubles de la concentration, de la fatigabilité, une anxiété invalidante, des douleurs chroniques graves avec répercussions sur la capacité motrice.

25. Par avis du 7 septembre 2012, la Dresse M\_\_\_\_\_ a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire, les éléments au dossier étant peu clairs.
26. Le 27 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise auprès du Centre d'expertise médicale (ci-après CEMED) et lui a donné la possibilité de formuler des motifs de récusation à l'encontre des experts désignés.
27. Par rapport du 19 juillet 2013, les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'ont diagnostiqué chez l'assuré aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Il présentait, sans répercussion sur la capacité de travail, une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une dysthymie (F34.1). L'assuré ne présentait aucune limitation physique ou psychique. Le trouble somatoforme ne présentait aucun critère de gravité et un effort de volonté était exigible de la part de l'assuré. Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable et la capacité de travail était totale dans l'activité habituelle et dans toute activité.

Les experts ont notamment expliqué que sur le plan rhumatologique, la présence d'un psoriasis actif était confirmée, mais aucun stigmatisme d'un processus inflammatoire articulaire périphérique n'était constaté. Objectivement, il n'y avait aucun déficit neurologique périphérique, qu'il soit tronculaire ou radiculaire. La diminution de sensibilité au membre inférieur droit restait des plus atypiques et ne pouvait être retenue, d'autant plus qu'elle s'inscrivait dans un contexte d'exagération comme en témoignait la présence de nombreux signes de non-organicité (Waddell). Il en allait de même de la ceinture scapulaire. L'aspect et les amplitudes articulaires étaient normaux. Il n'y avait pas de capsulite rétractile et la biologie réalisée par les médecins traitants et le service de rhumatologie des HUG ne permettaient pas de retenir un diagnostic de spondylo-arthropathie séronégative. L'imagerie - outre une discopathie C3-C4 sans conflit radiculaire et un modelé arthrosique de la sacro-

iliaque droite - restait normale pour l'âge du sujet. Ainsi, on pouvait conclure à l'existence d'un syndrome douloureux chronique pour lequel il n'existait aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer les plaintes. Ce syndrome n'était pas à même de justifier une incapacité de travail de longue durée, encore moins définitive.

Sur le plan de la médecine interne, il n'y avait pas de plaintes spontanées significatives. Le syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures semblait bien contrôlé par l'utilisation du CPAP. Le Dr N\_\_\_\_\_, dans son rapport du 26 mars 2012, avait indiqué que le pronostic sous traitement était bon, avec une diminution de la fatigue. Il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail.

Les experts ont indiqué que sur le plan psychique, l'assuré mentionnait une longue liste de plaintes, qui comportait des douleurs extensives et constantes, des troubles neurovégétatifs, un trouble de l'humeur avec irritabilité, un sommeil perturbé avec des cauchemars, de la fatigue avec un manque d'énergie et des vertiges. Aucun traitement n'avait été efficace. L'anamnèse dirigée révélait une tristesse constante, du pessimisme, mais pas d'idée suicidaire, une absence de plaisir, un manque d'énergie, un appétit fluctuant avec une augmentation progressive du poids, des troubles cognitifs, principalement de mémoire et une libido diminuée. Les experts ne constataient pas d'auto-reproches, pas de sentiment de culpabilité, pas d'angoisse franche, mais par contre des inquiétudes et des soucis. L'expertisé était frappant par son discours de victime. A l'observation, il se montrait démonstratif, se déplaçant avec peine, boitant, s'asseyant et se levant avec peine, soupirant et grimaçant de douleur, fermant les yeux, se plaignant de fatigue. Selon les experts, il n'y avait pas de trouble cognitif, l'humeur était triste. Il y avait un ralentissement discret sur le plan vocal et moteur, mais pas idéique. On relevait de la tension et de l'irritabilité, mais pas de trouble de la personnalité. Le trouble psychique survenait dans un contexte de comportements démonstratifs, relevés aussi par les experts somaticiens, en présence d'une discordance manifeste entre les plaintes somatiques et les constatations objectives. Ce processus était présent de longue date. Le recourant gardait une activité sociale, avec un lien très régulier entre les différents membres de sa fratrie. Il avait deux amis proches qu'il voyait encore régulièrement.

Les experts ont ajouté que le diagnostic de trouble somatoforme avait été évoqué depuis 2004 et plusieurs fois répété. Leur évaluation confirmait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), avec des plaintes somatiques extensives, surtout algiques, touchant différents systèmes (ostéoarticulaire, système nerveux central, tube digestif). Il n'existait pas d'explication somatique qui puisse permettre de comprendre l'intensité et la chronicité de ses plaintes. Par rapport à la nouvelle demande de 2011, les experts ne relevaient pas de péjoration significative, excepté que les plaintes sont devenues quelque peu plus étendues touchant la peau ou encore le système urinaire, sous la forme d'une pollakiurie, avec un besoin d'aller uriner fréquemment. Celle-ci n'était pas corrélée à un tableau anxieux, ni avait une corrélation somatique objective. Au niveau de l'humeur, on pouvait

retenir un trouble dépressif léger, qui semblait persistant depuis 2005. A certains moments, des diagnostics d'épisodes dépressifs sévères avaient été posés, mais sans que le diagnostic soit particulièrement explicité. C'était notamment le cas du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ et de la lettre de sortie de la clinique genevoise de Montana de 2011, où il était mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec idées suicidaires, sans que l'on connaisse les critères du diagnostic. Il était également mentionné une détresse morale suite à l'accident ainsi qu'un isolement social qui n'était pas décrit et n'était pas retrouvé lors de l'expertise. Dans le cas présent, vu la légèreté et la persistance du trouble de l'humeur, le diagnostic de dysthymie pouvait être retenu.

Le comportement démonstratif, relevé par les trois experts, rendait les plaintes moins crédibles. Par ailleurs, s'il y avait tous les critères d'un trouble somatoforme, il n'y avait ni celui d'un trouble dépressif plus sévère que léger, ni celui d'un trouble de la personnalité. Allait à l'encontre d'un épisode dépressif sévère, notamment le fait qu'il n'y avait pas d'idées suicidaires, pas de trouble cognitif observé, pas d'auto-reproche, pas de sentiment de culpabilité, pas d'angoisse franche, mais par contre la persistance de relations sociales.

En conclusion, l'assuré présentait un trouble somatoforme associé à une dysthymie, soit un trouble de l'humeur léger. Il n'y avait ainsi pas de comorbidité psychiatrique sévère autre associée au trouble somatoforme, ni d'autres comorbidités, notamment pas de perte de l'intégration sociale, pas d'affection corporelle chronique, pas d'autre processus maladif persistant, pas d'état psychique cristallisé. Le trouble somatoforme ne présentait aucun critère de gravité. La capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement.

28. Par avis du 19 août 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_ a estimé que l'expertise était convaincante et a proposé de suivre les conclusions des experts.
29. Par projet de décision du 6 septembre 2013, puis décision du 14 octobre 2013, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon le SMR et l'expertise du 19 juillet 2013, il n'existait aucune justification à une incapacité de travail. La capacité de travail était entière depuis toujours, sans baisse de rendement. Il n'y avait donc pas d'aggravation notable de son état de santé depuis la décision initiale.
30. Par acte du 15 novembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire, subsidiairement, à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision sur l'octroi d'une rente d'invalidité. Le recourant contestait la valeur probante de l'expertise du CEMED, car elle contredisait sans aucune justification, ni explication les avis des médecins spécialistes. Il a fait valoir que les experts n'avaient pas examiné certaines plaintes, notamment sur le plan oto-rhino-laryngologique (ci-après : ORL) et sur le plan dermatologique: il présentait

des problèmes d'audition et de démangeaisons de l'oreille dues à des croûtes à l'intérieur de celles-ci, ce qui l'irritait beaucoup. Il souffrait d'allergies, avec des rougeurs sur la peau notamment. Ces plaintes n'étaient pas mentionnées dans l'expertise. Sur le plan rhumatologique, le recourant a notamment relevé que les experts concluaient qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, alors que les médecins consultés estimaient qu'elles étaient très importantes. Sur le plan psychiatrique, le recourant a relevé que les experts ne fournissaient aucune explication sur le diagnostic posé: en 2004, la CRR retenait des troubles de l'adaptation avec symptômes mixtes et anxio-dépressifs d'intensité modérée, en 2009, les médecins des HUG relevaient une péjoration de l'état dépressif et sa chronicisation, enfin, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, psychothérapie et psychiatre traitant, retenait, dans un rapport joint au recours, un état dépressif d'intensité majeure, comme les médecins de la clinique de Montana. Selon le recourant, l'expert du CEMED ne pouvait donc pas conclure à un trouble de l'humeur léger sans indiquer pour quelles raisons il s'écartait des diagnostics de ses confrères. En outre, les experts ne retenaient pas de comorbidité psychiatrique, alors que son psychiatre traitant attestait qu'il souffrait d'un épisode dépressif récurrent état actuel sévère (F32.2). Ainsi, selon le recourant, l'expertise était arbitraire car elle contredisait manifestement la situation de fait en minimisant son état de santé et posait des diagnostics totalement différents de ceux posés par les nombreux médecins consultés. Elle n'avait pas de valeur probante tant elle était éloignée dans son résultat des appréciations des autres spécialistes. Une nouvelle expertise devait donc être ordonnée.

A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2013 ainsi qu'un rapport et un courriel du Dr R\_\_\_\_\_, datés respectivement des 7 et 12 novembre 2013.

Dans son rapport, le Dr I\_\_\_\_\_ admettait qu'il est difficile d'évaluer l'importance des limitations fonctionnelles des lombalgies. Le recourant présentait tout de même des discopathies étagées modérées et des études avaient montré qu'il n'y avait de corrélation entre l'importance des atteintes radiologiques et l'intensité des douleurs. A l'examen clinique, le recourant présentait des dysfonctions inter-vertébrales mineures étagées et des contractures de la musculature para-vertébrale qui n'étaient pas faciles à mettre en évidence en raison de l'adiposité du patient et qui fluctuaient d'une consultation à l'autre en fonction de l'importance des douleurs. Cela montrait qu'il y avait aussi une composante physique, sans dénier les éléments non-organiques. Par ailleurs, exclure une capsulite de l'épaule uniquement sur la base d'une mobilité en rotation externe normale, comme l'avaient fait les experts, ne lui semblait pas adéquat. Il rappelait que les IRM des deux épaules avaient montré une atteinte boursa-tendineuse dans le cadre d'un conflit sous-acromiale et les experts n'avaient pas retenu ces diagnostics. Cependant, il y avait des contractures des muscles péri-scapulaires, notamment des trapèzes. Ces atteintes entraînaient une limitation qui pouvait être relativement importante dans certaines activités. Ainsi,

l'atteinte lombaire limitait les positions statiques assises ou debout prolongées ainsi que le port de charges. Les atteintes des épaules limitaient les activités nécessitant des positions de travail au-dessus de l'horizontal avec les bras ou toute activité sollicitant les épaules. La capacité de travail était donc limitée dans certaines activités et notamment dans l'activité de sommelier ou de manutentionnaire, avec d'une manière globale, un rendement estimé entre 50% et 80%.

Par rapport du 7 novembre 2013, le Dr R\_\_\_\_\_ a expliqué que le recourant présentait un état dépressif sévère associé à un syndrome douloureux persistant. Il se plaignait de douleurs chroniques qui engendraient une baisse de la concentration et de l'attention. Il se plaignait d'une anxiété qui se manifestait par une tension intérieure, des sentiments hostiles, une hypochondrie, une inquiétude pour des riens et des pleurs, une hyperréactivité, des difficultés de concentration, une tristesse et une baisse de l'humeur accompagnées par une sensation de perte de l'indépendance et de l'image de soi. Il souffrait de troubles du sommeil, des difficultés d'endormissement et de réveils fréquents associés à des cauchemars en lien avec l'accident et d'une rumination de sa situation tant sociale que professionnelle. Il ne décrivait pas d'idées suicidaires. Les séquelles de l'accident avaient entraîné des troubles psychologiques et psychiatriques (angoisse, anxiété, dépression, troubles du comportement, dénégation, régression et stress), des conséquences socioprofessionnelles (perte d'emploi, réaction d'évitement, rejet par l'entourage) et un retrait social. L'ensemble des troubles psychiques influençait de manière négative sa capacité de travail. Par courriel du 12 novembre 2013, le psychiatre traitant a indiqué l'existence d'une comorbidité psychiatrique, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2).

31. Par réponse du 27 janvier 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Les nouvelles pièces avaient été soumises au SMR, lequel, par avis du 22 janvier 2014 a estimé qu'elles n'apportaient pas de nouveaux éléments susceptibles de modifier les conclusions figurant dans l'avis du 19 août 2013. Selon l'intimé, le dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, que le rapport d'expertise avait pleine valeur probante, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires était inutile.
32. Par écriture du 21 février 2014, le recourant a conclu, préalablement, à l'audition des Drs I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a rappelé que les experts avaient écarté, sans motif, tous les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par le Dr I\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, il convenait de tenir compte du rapport établi par la Dresse S\_\_\_\_\_ en 2010 dès lors que cette spécialiste rejoignait le Dr R\_\_\_\_\_ et les médecins de la clinique de Montana. Contrairement à ce que l'expertise retenait, les médecins de la clinique de Montana avaient noté un état de détresse morale et d'isolement social, ce qui pouvait correspondre à une perte d'intégration sociale, comme l'attestait également

---

le Dr R\_\_\_\_\_. Les médecins consultés par le recourant étaient tous unanimes, de sorte que l'on ne pouvait pas mettre en doute leur impartialité. Partant, les conclusions de l'expertise étaient contradictoires car contraires aux constatations relevées dans le corps de l'expertise.

33. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimé, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet

---

2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité suite à la nouvelle demande déposée le 12 décembre 2011, étant précisé que par décision du 3 avril 2007, entrée en force, l'intimé avait refusé l'octroi de prestations.
6. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).
8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne

---

considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

9. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>ème</sup> édition, p. 191)

---

sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

10. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

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 n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

---

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 3 avril 2007, refusé tout droit à des prestations en l'absence de diagnostic invalidant. Par arrêt du 12 mars 2008, le TCAS, alors compétent, a confirmé cette décision, retenant que le recourant présentait un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs sans répercussion sur sa capacité de travail; sur le plan somatique, les lombalgies chroniques et les discopathies lombaires étagées n'entraînaient pas d'incapacité de travail (ATAS/293/2008).

Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 12 décembre 2011, l'intimé a retenu que le recourant ne présentait aucune aggravation notable de son état de santé depuis sa décision initiale, ce que conteste ce dernier en se référant notamment aux appréciations des Drs I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du CEMED. Par rapport du 19 juillet 2013, les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une dysthymie (F34.1). Ils ont estimé que le recourant ne présentait aucune limitation physique ou psychique, que le syndrome douloureux somatoforme ne présentait aucun critère de gravité et qu'un effort de volonté était exigible de sa part. La capacité de travail était totale dans l'activité habituelle et dans toute activité.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise, qui comporte 22 pages, repose sur des examens du recourant effectués les 16, 17 et 26 avril 2013 et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique notamment pourquoi les experts retiennent les diagnostics précités et les

raisons pour lesquelles ils estiment qu'ils n'entraînent pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Leurs conclusions sont ainsi dûment motivées.

Le recourant est d'avis que cette expertise n'est pas probante dès lors que ses conclusions sur le plan rhumatologique, psychique et en médecine interne sont opposées à celles émises par les médecins consultés

Sur le plan rhumatologique, dans son rapport du 12 novembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ conteste l'appréciation des experts, relevant que le recourant présente tout de même des discopathies étagées modérées, des dysfonctions inter-vertébrales mineures étagées et des contractures de la musculature para-vertébrale. Selon ce médecin, cela démontrait qu'il y avait aussi une composante physique, sans dénier les éléments non-organiques.

La chambre de céans constate que les experts n'ont pas écarté toute atteinte somatique, puisqu'ils ont diagnostiqué une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis et ont confirmé la présence d'un psoriasis actif mais sans processus inflammatoire articulaire périphérique. Ils ont également constaté que le recourant présentait une discopathie C3-C4 sans conflit radiculaire et un modelé arthrosique de la sacro-iliaque droite et que l'imagerie restait normale. Ils ont dûment relevé qu'il n'y avait pas de déficit neurologique périphérique, qu'il soit tronculaire ou radiculaire et la biologie réalisée par les médecins traitants et le service de rhumatologie des HUG ne permettait pas de retenir un diagnostic de spondylo-arthropathie séronégative. Par ailleurs, les experts ont expliqué que la diminution de sensibilité au membre inférieur droit restait des plus atypiques et ne pouvait être retenue, d'autant plus qu'elle s'inscrivait dans un contexte d'exagération comme en témoignait la présence de nombreux signes de non-organicité (rapport d'expertise, p. 18).

Le Dr I\_\_\_\_\_ estime qu'exclure une capsulite de l'épaule uniquement sur la base d'une mobilité en rotation externe normale, comme l'avaient fait les experts, ne lui semblait pas adéquat. Il a rappelé que les IRM des deux épaules avaient montré une atteinte boursotendineuse dans le cadre d'un conflit sous-acromiale. Il reproche aux experts de ne pas avoir retenu ces diagnostics.

S'agissant de la ceinture scapulaire, les experts ont constaté que l'aspect et les amplitudes articulaires étaient normaux. Les épaules étaient limitées dans les mouvements d'élévation, mais les rotations externes étaient symétriques et encore dans les limites de la norme, de sorte qu'il n'y avait pas de capsulite rétractile (rapport d'expertise, p. 18). Par ailleurs, les experts ont dûment pris en compte les conclusions des IRM de l'épaule gauche et de l'épaule droite effectuées les 23 mars et 14 mai 2009 auxquelles se réfère le Dr I\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, p. 16). On relèvera d'ailleurs qu'il était fait alors état d'« une suspicion » d'une capsulite rétractile à l'épaule droite à l'échographie. A la suite de l'examen clinique et au vu des imageries versées au dossier, les experts ont estimé, et expliqué de manière convaincante, que l'on pouvait conclure à l'existence d'un syndrome douloureux

chronique pour lequel il n'existait aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer les plaintes et ce syndrome n'était pas à même de justifier une incapacité de travail (rapport d'expertise p. 19). Au demeurant, le Dr I\_\_\_\_\_ a également estimé que le syndrome douloureux chronique était sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (rapport du 21 mars 2012).

Le Dr I\_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué que des études avaient montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'importance des atteintes radiologiques et l'intensité des douleurs. La chambre de céans rappellera que les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité. L'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Enfin, on relèvera encore que le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ne bénéficie pas, lorsqu'il s'exprime, de l'autorité d'un expert rhumatologue.

Sur le plan psychiatrique, le recourant ne conteste pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux chronique retenu par les experts. Ceux-ci ont expliqué que ce trouble avait été évoqué à plusieurs reprises depuis 2004, qu'il était confirmé par leur évaluation et qu'il s'accompagnait de plaintes somatiques extensives, surtout algiques, touchant les systèmes ostéoarticulaire et nerveux central ainsi que le tube digestif. Les experts n'ont pas relevé de péjoration significative, excepté que les plaintes étaient devenues plus étendues touchant la peau et le système urinaire.

Les experts ont également retenu que le recourant souffrait d'une dysthymie, soit un trouble de l'humeur léger, ce que le recourant conteste. Il leur reproche de ne pas avoir retenu un état dépressif sévère, comme l'ont notamment diagnostiqué le Dr R\_\_\_\_\_ (rapport du 7 novembre 2013) et les médecins de la clinique de Montana (rapport du 22 février 2011) ou un trouble dépressif récurrent épisode moyen, comme l'avait constaté la Dresse H\_\_\_\_\_ (rapport du 14 octobre 2010).

La chambre de céans constate que les experts ont, de manière convaincante, expliqué qu'ils ne pouvaient pas retenir un trouble dépressif sévère car ils ne retrouvaient pas d'idées suicidaires, ni de trouble cognitif observé, ni d'auto-reproches, ni de sentiment de culpabilité, ni d'angoisse franche, mais par contre la persistance de relations sociales. Les experts ont en outre relevé que les médecins consultés avaient effectivement posés des diagnostics d'épisodes dépressifs sévères, sans que ce diagnostic soit particulièrement explicité. Les experts ont conclu qu'au vu de la légèreté et de la persistance du trouble de l'humeur, le diagnostic de dysthymie pouvait être retenu.

S'agissant des répercussions des troubles psychiques, les experts ont retenu que ni la dysthymie – qui est un trouble dépressif léger - ni le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant, n'entraîne une incapacité de travail, ce que conteste le recourant. Il convient de relever que même si les experts avaient retenu une incapacité de travail en raison du trouble somatoforme, il n'aurait pu être

qualifié d'invalidant par la chambre de céans dès lors qu'il ne remplit en aucun cas les critères de gravité. En effet, les experts ont dûment expliqué que le recourant ne souffre ni d'une comorbidité psychiatrique sévère, ni d'une perte d'intégration sociale dès lors qu'il garde un lien très régulier avec les membres de sa fratrie et avec deux amis proches qu'il voit régulièrement. A cet égard, les experts n'ont pas retrouvé lors de leur expertise, la détresse morale et l'isolement social évoqués par les médecins de clinique de Montana, sans que ceux-ci ne les décrivent. Les experts ont également relevé l'absence d'affection corporelle chronique et d'un état psychique cristallisé. Enfin, ils ont relevé que le comportement démonstratif, constaté par les trois experts, rendait les plaintes moins crédibles et que l'on était en présence d'une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations objectives. Qui plus est, la chambre de céans relèvera en outre que le recourant, qui ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, était âgé seulement de 45 ans au moment de la décision litigieuse. Or, la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux chez les jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.488/04 du 31 janvier 2006, consid. 3.3). Enfin, on ajoutera que contrairement à ce que fait valoir le recourant, les experts n'ont pas nié l'existence d'une comorbidité psychiatrique, mais ont relativisé son intensité.

Le recourant fait valoir que sur le plan de la médecine interne, les experts n'auraient pas pris en compte ses plaintes ORL et dermatologiques relatives à des problèmes d'audition et des rougeurs de la peau. La chambre de céans constate toutefois que les experts ont dûment relevé que le recourant avait l'impression d'avoir une moins bonne audition du côté droit, ainsi que des lésions eczémateuses au niveau des coudes et des genoux et un psoriasis derrière les pavillons des deux oreilles notamment (rapport d'expertise, p. 10 et 13).

Par ailleurs, le recourant conteste de manière générale la valeur probante de l'expertise au motif que ses conclusions sont en contradiction avec celles des médecins consultés et estime qu'elle est arbitraire. La chambre de céans rappellera que le seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants aient des opinions contradictoires ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration. En l'occurrence, il n'apparaît pas que des éléments objectivement vérifiables aient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. On ajoutera encore que les éléments objectifs et subjectifs mentionnés par les médecins et les experts sont pour l'essentiel identiques et seules les conclusions qu'ils en tirent divergent.

Partant, les avis divergents des médecins traitants ne sont pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport d'expertise.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire et l'audition des Drs I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ demandées par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande du recourant doit être rejetée.

Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant souffre d'une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'une dysthymie (F34.1). Ces troubles n'entraînent aucune limitation physique ou psychique et la capacité de travail du recourant est totale dans son activité habituelle et dans toute activité.

Force est dès lors de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision initiale de l'intimé du 3 avril 2007, puisque celle-ci retenait également que le recourant ne présentait pas d'atteinte somatique ou psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RS E 510.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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