RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4155/2020 **ATAS/106/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2022

3ème Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 25 novembre 2013, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1984, ayant travaillé en dernier lieu en tant que magasinier et bénéficiant depuis 2011 de l'aide de l'Hospice général, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en invoquant une atteinte dermatologique chronique (érythèmes noueux ; maladie de Behçet).

b. Par décision du 12 février 2016, l'OAI a rejeté cette demande en se fondant principalement sur l'avis émis par son service médical régional (SMR) : la maladie de Behçet n'en étant encore qu'à un stade cutané, ne pouvait être considérée comme incapacitante.

B. **a.** Le 30 novembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant une atteinte psychiatrique et des douleurs.

b. Ont été notamment versés au dossier :

- un rapport du 17 janvier 2019 du docteur B_____, médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), auprès de la consultation du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI), où l'assuré a été suivi depuis 2015 dans un contexte de trouble dépressif, associé à des attaques de panique; le trouble aurait débuté à l'annonce du diagnostic de la maladie de Behçet, en 2011; il y avait eu augmentation de la symptomatologie anxieuse avec somatisation (recrudescence des douleurs articulaires), d'une part, de la fréquence des attaques de panique, d'autre part, ainsi qu'une phobie sociale; un traitement par antidépresseurs et anxiolytiques avait été introduit, mais n'avait que peu amélioré la symptomatologie anxio-dépressive; un changement de traitement était en cours; une psychothérapie cognitivo-comportementale avait également été introduite, qui avait permis une diminution de l'agoraphobie; l'état psychique de l'assuré était fluctuant, avec des périodes de retrait, associées à une diminution de la thymie et à une recrudescence des angoisses, ce qui ne permettait pour l'heure pas une reprise d'activité à 100%; une aide à la réinsertion, avec une intégration progressive par le biais d'un emploi protégé, était préconisée;
- un rapport du 9 juillet 2019 du Dr B_____, retenant à titre de diagnostics : une anxiété généralisée (F41.1) et une agoraphobie (F40.0); était également mentionné un trouble de la personnalité (F61), dont il était précisé qu'il était sans incidence sur la capacité de travail; celle-ci était évaluée à 30% depuis mars 2019, en reprise progressive d'activité; les limitations fonctionnelles consistaient dans une faible tolérance à la frustration et à l'anxiété, pouvant se traduire par des crises d'angoisse ou des manifestations algiques; l'évolution de la pathologie anxieuse était favorable; l'assuré bénéficiait d'un suivi

médical psychiatrique une fois par mois et, depuis février 2019, d'un traitement de Quétiapine (100 mg/jour); l'observance thérapeutique était partielle (la présence de l'assuré aux entretiens fluctuait en fonction de l'anxiété et des troubles somatiques); étant donné l'amélioration clinique, il n'y avait pas eu de dosage sanguin;

- un rapport du 2 septembre 2019 de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, confirmant que l'assuré souffrait d'une maladie de Behçet stable (avec aphtose buccale et érythème veineux), ainsi que d'une dépression avec anxiété et agoraphobie stable; les symptômes consistaient en une anxiété invalidante et, parfois, une impossibilité de quitter le domicile, en légère amélioration; s'y ajoutaient des douleurs récurrentes aux membres inférieurs, en lien avec des poussées érythémateuses; le pronostic était réservé; les limitations fonctionnelles découlaient des douleurs dans les membres inférieurs et, selon l'assuré, de l'anxiété; une réadaptation semblait possible dans une activité à temps partiel, exercée d'abord à raison de deux heures par jour, deux à trois jours par semaine;
- un rapport du Dr B_____ du 29 octobre 2019, préconisant des mesures professionnelles, pour lesquelles son patient se disait prêt; les limitations fonctionnelles sur le plan strictement psychiatrique étaient en lien avec le trouble anxieux, la persistance d'une agoraphobie, ainsi qu'un trouble somatoforme et s'exprimaient « par des migraines et une fatigabilité diurne fluctuantes en recrudescence parallèle à [l']état de stress »; s'y ajoutaient des limitations physiques, notamment des dorsalgies légères à modérées, ainsi que des problèmes rénaux fluctuants;
- un rapport du 20 décembre 2019 de la Dresse C_____, dont il ressortait que l'assuré se plaignait de douleurs aux membres inférieurs en lien avec son érythème noueux et présentait de multiples cicatrices au niveau des jambes; s'y ajoutait une agoraphobie importante pour laquelle il était suivi au CAPPI; pour ces raisons, une reprise professionnelle paraissait assez compromise dans l'activité antérieure de logisticien; si des mesures professionnelles devaient être entreprises, une amélioration de la formation serait utile afin de privilégier une activité plutôt assise; la reprise devrait être extrêmement progressive au vu de la durée de l'éloignement de tout milieu professionnel.

c. Sur conseil du SMR, l'OAI a demandé une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, médecine interne et psychiatrie).

d. Le 4 septembre 2020, les docteurs D_____ (psychiatrie), E_____ (médecine interne) et F_____ (rhumatologie), médecins auprès de CEMEDEX SA, ont rendu leur rapport, comprenant une évaluation consensuelle, une synthèse du dossier, ainsi qu'une expertise par discipline.

Les experts ont retenu les diagnostics suivants : anxiété généralisée (F41.1), maladie de Behçet et canal carpien droit. Ils ont admis l'existence de limitations

fonctionnelles d'ordre purement psychiatrique (capacité de résistance et d'endurance très légèrement diminuée à cause de l'anxiété), mais nié toute incapacité de travail.

e. Le 21 septembre 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts.

f. Par décision du 9 novembre 2020, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation.

C. **a.** Par acte du 9 décembre 2020, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière.

Il produit, notamment, un arrêt de travail pour maladie établi par la doctoresse G_____, médecin aux HUG.

b. Invité à se déterminer, l'intimé conclut au rejet du recours.

c. Par courriers du 9 février 2021, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique le 1er janvier 2021 et qu'il était suivi par le docteur H_____, spécialiste en neuro-rééducation pluridisciplinaire à l'Hôpital de Beau-Séjour. Dans ce contexte, il avait déposé une nouvelle demande de prestations en date du 26 janvier 2021, mais l'intimé avait refusé d'emblée d'entrer en matière au motif que la Cour était seule compétente pour se prononcer sur son droit aux prestations.

Pour le surplus, il persistait dans ses conclusions.

d. Le 10 mars 2021, l'intimé, se référant à l'avis de son SMR, a fait valoir que la nouvelle atteinte annoncée – potentiellement incapacitante à moyen et long terme – était postérieure à la décision querellée.

e. Le 6 avril 2021, le recourant a encore produit de nouveaux rapports en lien avec l'AVC.

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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant, il reste

soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. 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 est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

6. Le litige – circonscrit par la décision litigieuse – se limite à la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la seconde demande de prestation déposée en novembre 2018.

Dans ses dernières écritures, le recourant, considérant le fait qu'il a été victime d'un AVC le 1er janvier 2021, conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire concernant ce nouvel élément. Cependant, cette dernière atteinte constitue un fait nouveau, postérieur à la décision litigieuse du 9 novembre 2020; dès lors, il excède l'objet de la contestation. C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Aussi, la Cour de céans ne saurait tenir compte de l'AVC, qui - à juste titre - a conduit au dépôt d'une nouvelle demande, en date du 26 janvier 2021, laquelle devra donner lieu à une décision de l'OAI après instruction.

Elle se limitera donc, comme déjà dit, à examiner le bien-fondé du refus de prester du 9 novembre 2020, compte tenu des faits antérieurs à cette décision.

7.

7.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

7.2 À teneur de l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit

établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

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

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

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

8. 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).

Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60).

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).

9.

9.1 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 émanent 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).

9.2 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).

9.3 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).

9.4 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).

10. 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), soit :

- 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).

11.

11.1 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).

11.2 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. 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 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.

11.3 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

11.4 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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

11.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

11.6 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).

11.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. 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).

13.

13.1 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).

13.2 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). A 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. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

13.3 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).

14. 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).

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

16. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

17.

17.1 En l'espèce, par décision du 12 février 2016, l'intimé a rejeté la première demande de prestation déposée en novembre 2013, au motif que la maladie de Behçet dont souffrait l'assuré n'était pas incapacitante, dès lors qu'elle ne se manifestait encore que sous une forme cutanée.

17.2 Une nouvelle demande a été déposée en novembre 2018, sur laquelle l'intimé est entré en matière, avant de la rejeter au motif que les experts du CEMEDEX, avaient admis une pleine capacité de l'intéressé à exercer son activité habituelle.

17.3 Le recourant conteste les conclusions de cette expertise.

18. Dès lors, il convient d'examiner la valeur probante de celle-ci.

18.1 Force est tout d'abord de constater qu'à la forme, le rapport d'expertise, qui comprend les données objectives du dossier, soit les pièces médicales, les données subjectives du recourant, l'anamnèse et l'examen somatique, remplit les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante

18.2 S'agissant du fond, il sied de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

18.3 En l'espèce, les experts ont retenu une anxiété généralisée (F41.1), une maladie de Behçet et un canal carpien droit.

Ils ont relaté que le recourant se plaint de crises d'angoisse (en général deux à trois par semaine), d'agoraphobie et de douleurs aux jambes.

L'expert psychiatre a relevé que lors de l'entretien, l'assuré n'avait montré qu'une anxiété plutôt légère et donné l'impression d'une certaine exagération des symptômes. Contrairement aux allégations de l'intéressé, l'expert n'a observé ni signes neurovégétatifs traduisant l'anxiété, ni troubles de la concentration ou de la mémoire. L'assuré a volontairement donné peu de détails et la collaboration a été plutôt mauvaise. Par ailleurs, l'expert a remarqué des divergences entre les dires de l'assuré et ses propres constatations. Enfin, il a noté que, selon les dosages plasmatiques, le traitement de Quiétapine était très en dessous de la valeur thérapeutique recommandée.

Le diagnostic d'agoraphobie retenu par le médecin traitant n'a pas pu être objectivé par l'expert psychiatre, lequel a ajouté que, quand bien même, un traitement cognitivo-comportemental et une prise de médicaments – auxquels l'assuré se dit non prêt à se soumettre - devraient suffire à faire disparaître les symptômes.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'expert a émis des doutes quant à la véracité des propos de l'assuré, sans toutefois aller jusqu'à retenir le diagnostic de majoration des symptômes. Selon l'expert psychiatre, les plaintes formulées par l'assuré ne sont ni plausibles, ni cohérentes. Outre ses constatations cliniques lors de l'examen, il dit avoir remarqué que l'intéressé est arrivé et reparti seul du centre

d'expertise, sis à Fribourg; il a téléphoné sans aucune difficulté (devant deux secrétaires qu'il ne connaissait pas) à un laboratoire de Genève pour savoir s'il pouvait y faire une prise de sang; enfin, lorsqu'il est reparti, il s'est promené seul dans la rue, avec une attitude plutôt calme.

S'agissant du traitement, l'expert a relevé une prise en charge psychiatrique plutôt irrégulière, du fait de la non-compliance du patient.

Il a également noté que, malgré les dires de ses médecins traitants, l'assuré ne semblait pas prêt à une réadaptation et a, au contraire, ouvertement réclamé une rente d'invalidité.

Dans la mesure où l'expert a nié tout caractère incapacitant au trouble psychiatrique, il est superflu d'examiner les indicateurs standards.

Les rapports du Dr B_____ invoqués par le recourant sont antérieurs à l'expertise et n'amènent aucun élément objectif qui aurait été ignoré dans celle-ci. Qui plus est, l'expert expose de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles il ne suit pas l'avis du psychiatre traitant. Le diagnostic retenu par le Dr B_____ est similaire à celui de l'expert, sous réserve de l'agoraphobie, qui est toutefois discutée et exclue de manière convaincante dans le cadre de l'expertise. Pour le surplus, il sied de rappeler que le fait que le médecin traitant émette un avis divergent de celui de l'expert ne suffit pas à jeter le doute quant à la fiabilité ou la pertinence des constatations d'un expert ayant pris en compte l'intégralité des éléments du dossier.

18.4 Sur le plan physique, le recourant se plaint de douleurs incessantes aux jambes, au pubis et à la partie inférieure de l'abdomen (sous la forme de brûlures, paresthésies, fourmillements et de douleurs osseuses), dues aux érythèmes noueux, douleurs qu'il évalue à 5-6 sur une échelle visuelle analogique (EVA), voire à 10 lors des recrudescences. Il se plaint également de poussées d'aphtoses buccales et génitales, ainsi que de douleurs à l'épaule droite dues à une tendinite et d'une fatigue générale associée à l'angoisse qui l'étreint dès qu'il doit sortir de chez lui.

L'expert en médecine interne a cependant observé que l'intéressé avait pu rester assis durant toute la consultation (d'environ une heure), sans bouger, ni se lever.

Il a rappelé que l'assuré avait subi une cure de pneumothorax gauche en 1998 - sans jamais plus présenter de pneumothorax spontané -, et plusieurs interventions chirurgicales pour fistules et abcès anaux (la dernière en 2019). Il souffrait d'hypercholestérolémie, mais prenait son traitement de statines de façon très aléatoire, avec une très mauvaise compliance.

L'expert en médecine interne générale a estimé la capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle. Il n'a retenu aucune limitation, ni handicap.

Quant à l'expert rhumatologue, il a confirmé une maladie de Behçet associant des poussées d'érythèmes noueux avec une aphtose bipolaire sans atteinte d'organes et

donc sous une forme purement "cutanéo-muqueuse". Il a souligné que, sous cette forme, la maladie ne s'accompagne en général pas de fatigue ou de dyspnée. L'expert a relevé une incohérence entre les douleurs alléguées (de 6 sur 10) et le fait que l'assuré prenne peu d'antalgiques. Du point de vue rhumatologique, il a qualifié la situation du recourant de stable, sans aggravation, sans aucune limitation fonctionnelle. Lui aussi a conclu à une pleine capacité de travail.

Ces conclusions rejoignent celles de la Dresse C_____, qui, elle aussi, a qualifié la maladie de stable, de sorte que l'on peut considérer que, depuis la décision du 12 février 2016, cette atteinte ne s'est pas aggravée.

Après discussion interdisciplinaire, les experts ont conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Ils n'ont retenu que des limitations fonctionnelles d'ordre uniquement psychiatrique, sous la forme d'une capacité de résistance et d'endurance très légèrement diminuée à cause de l'anxiété, et estimé que le recourant disposait de beaucoup plus de ressources qu'il ne voulait bien le montrer. Il existait certes des facteurs de surcharge, mais il était capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et de structurer ses tâches, possédait une flexibilité et une capacité de changement, était capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances, bien qu'il se considérât complètement invalide. Selon les experts, l'assuré est apte à prendre des décisions, capable d'initiatives et d'activités spontanées, peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Il est soutenu par sa famille ainsi que ses amis, apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Contrairement à ses allégations, il est mobile, peut se déplacer seul, est capable de conduire à côté de sa femme et de prendre l'avion.

En définitive, le seul argument du recourant consiste à faire valoir que, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, des affections du genre et de l'ampleur de celles dont il souffre sont propres à causer des limitations importantes, tant sur plan personnel que professionnel. Cela ne suffit cependant pas à s'écarter des conclusions claires, motivées et convergentes des experts, le recourant n'amenant aucun élément objectif susceptible de faire douter de la valeur probante de l'expertise. En particulier, il ne produit aucun rapport postérieur à l'expertise prouvant ses propos, sous réserve de ceux relatifs à l'AVC dont il a été victime en 2021, dont on a vu qu'il excède l'objet du litige.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans se rallie aux conclusions de l'expertise et retient qu'au jour de la décision litigieuse, la capacité de travail du recourant devait être considérée comme entière.

En revanche, elle invite l'intimé à procéder à une instruction concernant l'atteinte intervenue postérieurement à la décision du 9 novembre 2020 et faisant l'objet de la troisième demande de prestations déposée par l'assuré.

19. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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