



POUVOIR JUDICIAIRE

A/63/2019

ATAS/14/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 janvier 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec recourant
élection de domicile en l'étude de Maître Raphaël ROUX

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant yougoslave et français, né le _____1972, a travaillé en qualité de poseur de plafonds pour l'entreprise B_____ SA à compter du 6 septembre 1999.
2. Le 10 juin 2001, il a été victime d'un accident non professionnel en jouant au football. Ses muscles du cou et du genou droit ont été atteints (coup du lapin et entorse).
3. Le 28 août 2001, il a été opéré d'une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit.
4. L'assuré a séjourné à deux reprises à la Clinique romande de réadaptation : du 27 août au 24 septembre 2002, puis du 27 mai au 25 juin 2003.

Par rapport du 2 juillet 2003, les médecins de la clinique ont posé les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, syndrome douloureux somatoforme persistant et status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit le 28 août 2001 (diagnostics secondaires).

5. En date du 22 octobre 2003, l'assuré a été soumis à une expertise dans le cadre de la SUVA, conduite par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a rendu son rapport le 23 octobre 2003. Ce médecin a retenu les diagnostics d'état après rupture du ligament croisé antérieur le 10 juin 2001, de plastie du ligament croisé antérieur avec tendon rotulien le 28 août 2001, avec légère instabilité résiduelle et cartilages et ménisques intacts, d'atrophie musculaire et osseuse due au ménagement, d'état après discectomie C5/C6 avec fusion spontanée C5/C6, en raison d'une hernie discale C5/C6 à droite le 13 décembre 1997, sans séquelle notable. En s'appuyant sur des données vérifiées radiologiquement, cliniquement et arthroscopiquement, l'expert a considéré que le genou n'empêchait pas l'assuré d'effectuer les tâches quotidiennes, sans exclure les travaux lourds.
6. Le 24 février 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente, d'une mesure de reclassement et de mesures médicales de réadaptation spéciales.
7. Dans le cadre de cette procédure, les médecins suivants ont adressé divers rapports à l'OAI :
 - Le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de douleurs persistantes du genou droit d'origine indéterminée ; l'assuré avait une capacité de travail nulle depuis le 10 juin 2001.
 - Le docteur E_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neutrale, a posé le diagnostic de gonalgies graves du genou droit après accident de sport en

2001, et suspicion d'algodystrophie. L'incapacité de travail était totale depuis 2001 dans la profession antérieure.

- Le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique du membre inférieur et de trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques présent depuis 2002. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de juin 2005 et l'état de santé était stationnaire.
- 8. Par avis du 16 janvier 2006, le docteur G_____, du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a constaté que l'assuré pouvait travailler d'un point de vue physique, mais que son fonctionnement restait très limité en raison de ses troubles psychiatriques, de sorte qu'une incapacité de travail de 100% devait être retenue et qu'il y avait lieu de revoir la situation dans une année.
- 9. Dans un prononcé du 17 janvier 2006, l'OAI a informé la Caisse de compensation de la SSE de ce qu'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative avait été admise dès le mois de février 2003 et l'invitait à calculer le montant de la rente entière due à l'assuré.
- 10. Par décision du 7 mars 2006, une rente entière d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1^{er} février 2003.
- 11. Dans un avis du 11 avril 2006, le Dr G_____ a indiqué que ladite décision reposait sur une base manifestement erronée, les mesures d'instruction médicale n'étant pas terminées.
- 12. Sur demande de l'OAI, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diligenté une expertise médicale, rendue en date du 23 novembre 2006. Il a retenu les diagnostics de « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), épisode dépressif moyen (F32.1), difficultés financières (Z59) et dislocation du mariage (Z63.5) », et a conclu à une capacité de travail de 80%.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé aux mois de juin et juillet 2005 était faux, la première crise dépressive venant d'apparaître, de sorte qu'il ne pouvait pas exister à ce moment-là de récurrence de ce trouble. En outre, il était vraisemblable que le trouble dépressif n'était pas resté de degré sévère jusqu'à la fin du mois de décembre 2005. D'après lui, l'épisode dépressif n'était devenu sévère qu'au mois de janvier 2006 et avait régressé après quelques mois, et ce vraisemblablement grâce au traitement prodigué.

L'assuré était taciturne, fixé sur ses douleurs, présentait des craintes hypocondriaques et un état de l'humeur dépressif sans idées suicidaires manifestes. Il n'avait pas de motivation à conduire une vie active. De plus, sa psychomotricité était légèrement ralentie. L'arrêt de l'activité professionnelle, les douleurs continues, les tendances au retrait et les problèmes financiers avaient eu des conséquences négatives dans la vie de l'assuré, ce d'autant plus que sa situation existentielle s'était péjorée de manière drastique suite au départ de sa femme.

L'absence de structure prémorbide évidente de la personnalité et de maladies chroniques physiques associées permettaient de conclure que l'assuré avait la capacité de surmonter une grande partie de ses douleurs, mais que la présence de l'épisode dépressif de degré moyen ainsi que la perte d'intégration sociale justifiaient le fait que l'assuré ne pouvait pas entièrement les surmonter. Tenant compte de ces critères, il admettait une incapacité de travail de 20% d'un point de vue psychiatrique dès le mois de janvier 2006.

L'expert a proposé que des mesures de réadaptation professionnelle « radicales » soient mises en place, au vu du jeune âge de l'assuré.

13. Le 1^{er} juin 2007, l'OAI a signifié à l'assuré un projet de décision de suppression de rente. Il a considéré que sa décision du 7 mars 2006 reposait sur une base manifestement erronée, attendu que l'instruction médicale n'était pas terminée lorsqu'elle avait été rendue. Par ailleurs, un mandat d'examen de mesures professionnelles était transmis à son service de réadaptation professionnelle.
14. En date du 17 mars 2008, l'assuré a débuté un stage d'observation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI).
15. Le 29 mai 2008, les EPI ont rendu leur rapport d'évaluation des capacités professionnelles de l'assuré. La mesure d'observation avait été interrompue prématurément en raison du manque d'engagement et de l'attitude plaintive de l'assuré, principalement durant le stage en entreprise. L'observation en atelier avait montré que ses capacités physiques étaient compatibles avec une activité manuelle simple, mais que les rendements mesurés étaient inférieurs aux exigences de l'économie. Le comportement de l'assuré durant son stage, qui était plaintif, centré sur ses douleurs et manquant d'engagement, avait conduit les EPI à interrompre la mesure d'observation professionnelle avec l'accord de l'OAI. L'assuré avait une capacité de travail de 80% dans les domaines de l'ébavurage, du montage de sous-ensemble à l'établi et du conditionnement léger. Il devait être orienté vers les activités manuelles simples avec une alternance des positions et un rythme de travail adapté.
16. Par décision du 6 août 2008, l'OAI a confirmé son projet de suppression de rente, étant précisé que sur demande expresse et motivée de la part de l'assuré, une aide au placement pouvait être examinée, pour autant qu'il participe activement aux mesures proposées et fasse lui-même ses recherches d'emplois.
17. Cette décision a fait l'objet d'un recours de l'assuré, qui a été rejeté par arrêt de la chambre de céans du 7 avril 2009 (ATAS/414/2009).

Il résultait de l'examen des pièces du dossier que la communication de l'OAI du 17 janvier 2006, fondant la décision du 7 mars 2006 allouant une rente entière à l'assuré, avait résulté d'une mauvaise communication au sein de l'OAI, soit en l'espèce d'un médecin du SMR et d'un gestionnaire de l'OAI et la décision avait été rendue de manière prématurée.

Les avis succincts des médecins traitants ne portaient pas sur les activités que l'assuré ne pouvait pas effectuer et n'indiquaient pas les raisons qui l'empêcheraient d'entreprendre une activité lucrative. Ils ne remplissaient ainsi pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

Le rapport d'expertise diligentée par le Dr H_____ était, quant à lui complet et motivé, et avait pleine valeur probante. Les conclusions du rapport des EPI, admettant une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, étaient venues confirmer celles du rapport d'expertise.

Ainsi, une instruction complète du dossier aurait dû amener l'OAI à conclure que l'assuré était apte à exercer une activité lucrative adaptée à 80%. L'OAI ayant rendu sa décision sur la seule base des avis succincts des médecins traitants, sa décision du 7 mars 2006 était manifestement erronée.

S'agissant des atteintes somatiques de l'assuré, les avis des experts et des médecins traitants concordaient tous sur la totale capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée : il n'était dès lors pas nécessaire d'instruire plus avant sur ses atteintes somatiques.

Le degré d'invalidité, de 19.1%, était insuffisant pour ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

Toutes les conditions de la reconsidération étant remplies, c'était à juste titre que l'OAI avait reconsidéré sa décision du 7 mars 2006.

S'agissant de l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle, une telle mesure requérait une certaine motivation de l'assuré et n'était dès lors pas susceptible, de manière vraisemblable, à améliorer sa capacité de gain.

La chambre de céans a finalement attiré l'attention de l'assuré sur le fait que l'OAI s'était déclaré ouvert à lui accorder une aide au placement sur demande motivée de sa part. Il lui appartiendrait dès lors de solliciter cette mesure auprès de l'OAI.

18. Par demande du 16 mai 2009, l'assuré a formé une demande visant à bénéficier de l'aide au placement.
19. Par communication du 9 mars 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle d'un stage de chauffeur-livreur du 15 mars au 15 juin 2010, à un taux d'activité de 100%.

Ledit stage s'est soldé par un échec.

Par courriel du 17 mars 2010, l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assuré n'arrivait pas à exercer la fonction de livreur. Il ne pouvait pas conduire plus d'une heure en raison de douleurs dorsales et bloquait rapidement devant les tâches, même très simples. Il avait peur du téléphone, du GPS, de tout, et même de travailler. Il était clair qu'il n'était absolument pas prêt pour s'intégrer dans une entreprise comme la leur, et ce dans aucun poste. Il avait lui-même admis que sa demande d'être

chauffeur-livreur n'était pas adéquate et avait demandé d'arrêter son stage. L'employeur estimait qu'il convenait d'accéder à sa demande.

Le 22 mars 2010, l'OAI a clôturé le mandat de placement de l'assuré, ce dernier ne remplissant pas les exigences de l'aptitude subjective au placement.

L'assuré était toutefois satisfait de la prestation « aide au placement », qui lui avait permis de retrouver le courage et la confiance en soi afin d'envisager une recherche d'emploi.

20. Le 7 mars 2016, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par courrier du 9 mars 2016, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision.

La décision de refus du 9 mars 2010 n'ayant pas été contestée, elle était devenue définitive. Sa nouvelle demande ne pouvait être examinée qu'aux conditions de la révision de rente.

21. Dans un rapport du 5 avril 2016 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que depuis son intervention chirurgicale pour plastie du ligament croisé antérieur du genou droit, l'assuré ne s'était jamais remis, et marchait toujours avec une canne.

Il se plaignait actuellement essentiellement de douleurs au niveau du genou gauche, et de cervicobrachialgies droites invalidantes.

Il annexait deux rapports d'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) effectués le 29 mars 2016.

L'IRM du genou gauche montrait une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne. Il avait ainsi demandé un avis orthopédique à l'hôpital cantonal.

L'IRM cervicale montrait un rétrécissement caniculaire multi-étagé sans myélopathie, une hernie discale C4-C5 en conflit avec la racine C4 responsable de la symptomatologie douloureuse à droite, ainsi qu'une hernie discale C5-C6 en conflit avec la racine C6 à droite. Un avis neurochirurgical avait également été demandé à l'hôpital cantonal.

Il s'agissait d'éléments médicaux nouveaux par rapport à la demande AI déposée antérieurement.

22. Dans un rapport du 11 avril 2016, la doctoresse I_____, spécialisée en psychiatrie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 8 janvier 2015, dans le cadre d'un état dépressif secondaire à son handicap du genou droit qui l'obligeait à marcher avec une canne.

Il présentait également de ce côté une algoneurodystrophie qui occasionnait des douleurs importantes. Actuellement, l'état dépressif s'aggravait en raison de son genou gauche, qui était également atteint au niveau du ménisque. Il présentait de

plus une probable hernie cervicale gauche, et était traité pour une rupture des tendons du poignet gauche.

Dans ce contexte, le patient était à son avis en incapacité de travail à 100% et une rente AI était appropriée.

23. Dans un avis du 28 juin 2016, le docteur J_____, du SMR, a estimé qu'il n'était pas possible, à l'heure actuelle, de comprendre les raisons de l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant de l'assuré. Il était donc nécessaire de demander une expertise bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique.

24. Dans un questionnaire du 16 mai 2017 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que l'état de l'assuré s'était aggravé depuis le printemps 2016.

Les diagnostics d'hernie discale C3/C4 et C4/C5 avec compression surtout radiculaire C4/C5 à gauche, et de déchirure complexe de grade IV de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche avec épanchement intra-articulaire avaient une influence sur la capacité de travail.

La problématique cervicale était extrêmement invalidante avec des douleurs irradiant dans le membre supérieur gauche, et la problématique du genou gauche provoquait une boiterie importante, laquelle s'ajoutait déjà à la boiterie du genou droit qui n'avait jamais disparu depuis la plastie du ligament croisé antérieur en 2001.

Le pronostic semblait peu favorable au vu de l'évolution vers l'aggravation et la chronicisation qui s'était développée toutes ces dernières années.

Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs dans les membres supérieurs, notamment à gauche, avec impossibilité de porter des charges de plus de 2 kg. L'assuré marchait avec deux cannes, présentait une boiterie des deux genoux, plus marquée à droite qu'à gauche.

La capacité de travail était nulle dans le poste de monteur de plafond, et dans une autre activité adaptée, telle que celle qui avait fait l'objet d'une réadaptation par l'OAI (transporteur).

L'assuré présentait une atteinte psychique complexe. Un traitement avait été entrepris pendant quelques années entre 2013 et 2015 jusqu'au décès soudain de sa psychiatre. Il n'avait à ce jour pas retrouvé de thérapeute.

Le Dr D_____ a joint à ce questionnaire un rapport du docteur K_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Après examen des IRM effectuées en mars 2016, ce dernier avait proposé une double discectomie cervicale antérieure C3-C4 et C4-C5, que l'assuré refusait pour l'instant. Il proposait donc un traitement médical par Lyrica, de la physiothérapie cervicale et une infiltration C4-C5 à gauche.

25. Par courrier du 21 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait mandaté la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le

docteur M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour procéder à l'expertise bi-disciplinaire au sein de Swiss médical expertise S.A. (ci-après : SMEX S.A.).

L'assuré a été convoqué à deux examens les 7 mai et 17 mai 2018.

26. Le 10 août 2018, les Drs L_____ et M_____ ont rendu leur rapport.

L'examen psychiatrique a duré cinquante minutes, et l'examen rhumatologique une heure. Les experts se sont ensuite entretenus et ont établi une évaluation consensuelle.

a. Sur le plan psychiatrique, la doctoresse L_____ n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Le syndrome douloureux somatoforme persistant était le seul diagnostic retenu, mais il n'était pas incapacitant.

Questionnant l'assuré sur son anamnèse sociale, il en ressortait que son réseau relationnel se résumait à sa famille, celle de son épouse et ses deux frères, qui étaient présents et disponibles dans sa vie. Son réseau amical s'était beaucoup désertifié depuis qu'il ne travaillait plus. Le matin, il s'occupait de ses jumeaux, leur préparait le petit-déjeuner, puis les faisait manger. Par la suite, il faisait des allers-retours entre son lit et la télévision, ayant des difficultés à se concentrer sur autre chose. Durant les week-ends, ses frères l'emmenaient régulièrement avec sa famille pour participer à des événements familiaux ou faire des sorties. L'épouse de l'assuré assumait majoritairement l'entretien du foyer. Les enfants aidaient par ailleurs leur mère. L'assuré se déplaçait en tram, métro et bus à Genève, et de temps en temps en voiture quand il s'en sentait capable. Il était parti en vacances en juin dernier dans son pays d'origine.

L'assuré évoquait avoir eu des idées suicidaires auparavant, qui n'étaient plus d'actualité. Il décrivait des moments de grande détresse psychologique. Il n'était pas noté le jour de l'examen de symptômes anxieux, de signes neurovégétatifs, la respiration était calme et régulière. Il n'y avait pas d'irritabilité, et pas d'accélération du rythme cardiaque. Les propos étaient émis d'une voix calme. L'assuré souriait à l'évocation de ses enfants et en était très fier. Il restait très concentré tout au long de l'entretien. Aucun trouble n'était constaté le jour de l'examen : ni de l'attention, ni de la concentration, ni de la vigilance ou de la mémoire. L'assuré était bien orienté dans les trois modes, il n'évoquait pas de symptômes d'allure hallucinatoire ou psychotique, pas d'attitude méfiante, pas d'idées délirantes, pas de bizarreries, pas d'attitude d'écoute ou d'élation de l'humeur. Il ne présentait pas de symptomatologie délirante ou de type persécutoire ou interprétative. Il n'était pas noté de trait de personnalité pathologique. Le jour de l'expertise, l'assuré ne manifestait ainsi aucune symptomatologie d'allure psychiatrique quelle qu'elle soit. Les seuls symptômes objectivables étaient les plaintes douloureuses : l'assuré se levait durant l'entretien et évoquait des troubles du sommeil provoqué par les douleurs, tels des réveils nocturnes fréquents. Il était

évident que l'assuré s'autolimitait. Il y avait une forme d'exagération, mais pas de simulation.

L'assuré présentait une stabilisation, voire une guérison, par rapport aux problématiques d'ordre psychiatrique déjà antérieurement posées. Il avait été suivi pendant deux ans environ par la Dresse I_____, qui était décédée à la fin de l'année 2016. Il n'était depuis lors plus suivi sur le plan psychiatrique et ne prenait pas de traitement. À cette époque-là, il avait encore des traitements médicamenteux, mais il n'en avait plus le souhait. Les traitements antidouleurs suffisaient à apaiser tous ses symptômes.

Selon la Dresse L_____, la capacité de travail sur le plan psychiatrique avait toujours été de 100%, malgré le rapport de la Dresse I_____ du 11 avril 2016. Cette psychiatre traitante avait probablement également pris en considération les plaintes subjectives de l'assuré.

Le pronostic était bon et la capacité de travail devrait rester de 100%. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

b. Sur le plan rhumatologique, l'examen était tout à fait normal, aucun déficit n'était constaté. Le Dr M_____ n'avait noté aucun trouble lors de l'examen clinique, qui avait porté sur le rachis cervical, le rachis dorsal, le rachis lombaire, les membres supérieurs, les épaules et la ceinture scapulaire, les coudes, les poignets et mains, les membres inférieurs, les hanches, les genoux et les pieds et chevilles. En particulier, la mobilité du genou droit n'était pas limitée, et il n'était pas retrouvé de signe ligamento-méniscal, de laxité des tiroirs, ou de signe inflammatoire local. Quant au genou gauche, il n'y avait pas d'épanchement articulaire, ni de signe inflammatoire local. Au niveau de la mobilité, il y avait une absence de laxité ou de tiroir antérieur ou latéral.

Les diagnostics figurant dans le dossier n'étaient pas ou plus retenus lors de l'examen effectué, qui était tout à fait normal. L'état physique semblait ainsi être sans aucune limitation fonctionnelle. Le pronostic était favorable, la capacité de travail était totale, même dans l'activité de poseur de plafonds, qui n'était plus possible en 2006. Selon l'examen effectué, elle était à ce jour tout à fait réalisable à partir de ce jour, sans pouvoir se prononcer sur l'état antérieur.

L'assuré se plaignait d'une douleur cervicale, probablement liée à des séquelles post discectomie C5-C6 datant de 1997. L'examen ne montrait pas de déficit au niveau cervical ni lombaire.

L'assuré disait ne pas pouvoir se projeter dans l'avenir, mais il était confronté à ses incohérences. Durant tout l'interrogatoire, qui avait duré plus de 45 minutes, il n'avait pas grimacé, même s'il avait demandé, à la fin de l'entretien, à se lever durant 5 minutes. Lors de l'examen clinique, à la moindre mobilisation du segment rachidien cervical ou lombaire, des genoux et des jambes, et même des poignets et des membres supérieurs, il grimaçait.

Il existait ainsi manifestement une autolimitation et une forme d'exagération ou de simulation avérée ou ressentie. Les douleurs alléguées aux genoux et les cervicalgies ne paraissaient ainsi pas justifier une incapacité de travail totale pour toute activité.

c. Dans le cadre de l'appréciation générale interdisciplinaire, les Drs L_____ et M_____ ont ainsi retenu qu'il n'y avait aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics non incapacitants retenus étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et des gonalgies droites, status post-chirurgie du ligament croisé antérieur. Du point de vue interdisciplinaire, compte tenu des déficits énoncés, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé était considérée comme étant non limitante et donc non incapacitante.

27. Dans un avis du 5 septembre 2018, le SMR a retenu que l'appréciation de la situation médicale faite par les experts et les conclusions médicales ne pouvaient être intégralement suivies.

S'il était évident que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé, mais amélioré, l'on ne pouvait considérer que l'ancienne activité était maintenant possible. Il fallait toujours considérer que la capacité de travail n'était entière que dans des activités respectant les limitations fonctionnelles épargnant les membres inférieurs et le cou.

28. Dans un projet de décision du 10 septembre 2018, l'OAI a indiqué qu'il entendait refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité.

Il se fondait sur l'avis du SMR du 5 septembre 2018 : il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision du 6 août 2008. Dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière.

29. Le 24 septembre 2018, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI.

Il joignait à son opposition un rapport d'évaluation de stage effectué le 3 novembre 2010 par l'entreprise sociale privée PRO (ci-après la fondation PRO).

À teneur de ce rapport, l'objectif du stage était d'évaluer ses compétences et aptitudes professionnelles, ainsi que personnelles. Il avait travaillé à 100% du 31 août au 15 septembre, puis à 50% du 16 septembre ou 12 octobre 2010.

Compte tenu de ses douleurs, il travaillait assis. La position statique induisait des douleurs des bras jusqu'à la nuque, ce qui l'obligeait à faire quelques mouvements des bras et de la nuque toutes les dix minutes environ, mais aussi à changer régulièrement d'activité pour éviter de conserver trop longtemps la même position. Après neuf jours de stage, d'importantes douleurs avaient incité le médecin traitant à réduire son temps de travail de 50%. Cette réduction n'avait pourtant pas eu d'effet notable sur ses capacités de travail. Son endurance était restée faible et un rendement en temps de 60% avait été observé.

Il possédait de très bonnes capacités manuelles, comprenait sans difficultés les consignes et montrait une grande facilité d'apprentissage. Il produisait un travail de qualité. Par contre, au vu de ses limitations physiques (notamment le port de charges), son autonomie avait été considérée comme moyenne. Il n'avait ainsi pas la capacité physique pour travailler sur le marché économique traditionnel. Son rendement en temps était trop faible, et l'état de sa nuque l'obligeait à changer régulièrement de poste de travail afin que les douleurs qu'il éprouvait dans les membres supérieurs ne deviennent pas trop importantes.

En conclusion, il n'était pas possible de déterminer une orientation professionnelle susceptible de convenir. Par contre, afin de préserver son bien-être psychologique, il paraissait essentiel qu'il retrouve rapidement une activité qu'il puisse exercer sans contrainte au niveau du rendement. Un travail manuel dans un contexte de bénévolat paraissait être une excellente option.

30. Le 20 septembre 2018, le Dr D_____ a établi un nouveau rapport, reçu le 2 octobre par l'OAI.

Ils s'étonnaient des conclusions des experts, qui ne tenaient apparemment aucun compte des nouveaux éléments médicaux et professionnels qui leur avaient été communiqués, notamment son rapport du 16 mai 2017, et le rapport de la fondation PRO du 3 novembre 2010. Ce dernier document avait été établi sur initiative de l'office cantonal de l'emploi, qui ne trouvait pas de poste de travail à proposer à l'assuré en raison de ses problèmes de santé.

Sur le plan médical, il notait d'importantes aggravations de l'état de santé, comme cela avait été mentionné dans son rapport de mai 2017, à savoir de fortes douleurs cervicales consécutives à des hernies discales C3-C4 et C4-C5 entraînant une compression radiculaire C4-C5 à gauche, et une grave déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. Ces problématiques étaient extrêmement invalidantes, l'assuré ne pouvant pas se déplacer sans canne et devant constamment changer de position, même lorsqu'il était assis, en raison des douleurs de la nuque irradiant dans les membres supérieurs.

31. Dans un nouvel avis du 15 novembre 2018, le SMR a retenu que le rapport d'évaluation de stage professionnel ne faisait que confirmer les plaintes subjectives, essentiellement douloureuses. Il était en effet à noter que les experts avaient relevé une autolimitation très importante des capacités fonctionnelles de l'assuré.

Le compte-rendu de consultation, antérieur à l'évaluation des experts, ne faisait que confirmer les cervicalgies déjà connues et déjà évaluées par les experts.

Le SMR ne disposait dès lors d'aucun élément médical nouveau permettant de s'écarter des conclusions précédentes.

32. Par décision du 16 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de l'assuré.

La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, le revenu sans atteinte à la santé était presque identique au revenu avec atteinte à la santé. Le degré d'invalidité était donc nul.

Par ailleurs, les conditions d'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle n'étaient pas réunies.

33. Le 8 janvier 2019, l'assuré (ci-après le recourant), représenté par son conseil, a formé recours auprès de la chambre de céans contre la décision précitée.

Il concluait préalablement à ce que soient ordonnées une comparution personnelle des parties, l'audition du Dr D_____, et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI (ci-après l'intimé) pour instruction complémentaire.

L'intimé avait violé son droit d'être entendu. Le dossier semblait tout d'abord lacunaire sur des points déterminants de l'instruction. Une communication interne de l'intimé datée du 15 mars 2018 mentionnait un avis du Dr J_____ du SMR du 25 juin 2017 et un mandat d'expertise. Or, le dossier ne contenait qu'un avis du Dr J_____ du 28 juin 2016, dans lequel ce dernier suggérait de demander une expertise bi-disciplinaire. Par ailleurs, l'instruction semblait avoir été très peu soutenue entre le 28 juin 2016 et le mois de mai 2018 (date de la mise en œuvre de l'expertise). De surcroît, le Dr M_____ indiquait, dans l'expertise, qu'il rejoignait « tout à fait l'avis du SMR concernant l'état de santé de l'assuré quant à ses douleurs aux genoux et ses cervicalgies, qui ne paraissaient pas justifier une incapacité de travail totale pour toute activité ». Or, le SMR ne s'était jamais prononcé ainsi. Il semblait ainsi qu'une prise de position du SMR, qui aurait influencé de manière déterminante le Dr M_____, n'aurait pas été retranscrite dans le dossier. Enfin, l'expertise ne répondait pas aux questions contenues dans la communication de l'intimé du 21 mars 2018. Elle semblait ainsi avoir été bâclée.

Les faits avaient été constatés de manière inexacte et le droit violé dans leur établissement. Depuis l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral avait abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible, et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs. En l'espèce, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, déjà établi auparavant, avait été repris par l'expertise, mais son caractère invalidant avait été dénié, sans aucune discussion supplémentaire. L'expertise ne mettait par ailleurs pas en œuvre une grille d'analyse structurée pour déterminer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux : elle se contentait de comparer les plaintes subjectives du recourant à quelques brèves constatations cliniques, concluant à l'inadéquation entre les premières et les secondes. Or, le trouble somatoforme douloureux appartenait aux troubles non objectivables. Un examen complet et convaincant aurait dû se concentrer sur les douleurs du recourant, donc sur le

trouble somatoforme douloureux, et examiner, dans un second temps, comme facteurs aggravants, les pathologies objectivables présentes dans l'historique du recourant tels que la hernie discale cervicale, les gonalgies du genou droit, la déchirure du genou gauche et les épisodes dépressifs.

34. L'intimé s'est déterminé sur le recours le 6 février 2019, concluant à son rejet.

Une lecture attentive du dossier aurait permis au recourant de constater que la date du rapport du SMR indiquée dans la communication interne était une erreur de transcription : elle faisait référence à l'avis préconisant la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire, à savoir l'avis du 28 juin 2016.

L'examen des indicateurs permettait de confirmer le caractère non invalidant du syndrome douloureux somatoforme.

Tout d'abord, le recourant n'avait ni suivi, ni traitement. On ne pouvait dès lors en aucun cas parler d'échec de traitement, ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années.

En ce qui concernait les ressources personnelles et le contexte social, il ressortait du rapport d'expertise que le recourant s'occupait de la gestion des deux petits, de leur préparer le petit-déjeuner et de les faire manger à la cuillère, qu'il prenait ensuite son café et s'installait devant la télévision. Aucune comorbidité psychiatrique n'était retenue. Il présentait également des ressources au niveau de son entourage, participant régulièrement, durant les week-ends à des événements familiaux avec ses frères, et ayant pris des vacances au mois de juin de l'année précédant l'expertise pour aller voir sa mère. L'analyse de la vie quotidienne indiquait ainsi qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités et que le recourant disposait de ressources personnelles préservées.

Il y avait enfin un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale déclarée par le recourant, les constatations médicales objectives et les faits figurant au dossier.

En définitive, l'expertise permettait de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant du trouble douloureux somatoforme. Le recourant disposait des ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs et se réinsérer professionnellement. Le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise.

35. Le recourant a répliqué le 5 mars 2019, persistant dans ses conclusions.

Il reprenait et développait ses arguments et sollicitait un délai pour produire un rapport complémentaire d'un médecin psychiatre.

Par courrier du 10 avril 2019, le recourant a indiqué ne pas être en mesure de fournir l'attestation d'un médecin psychiatre, notamment faute de moyens. Il

persistait néanmoins dans ses conclusions et dans les mesures d'instruction sollicitées.

36. Le 2 juillet 2019, les parties ont été convoquées à une audience de comparution personnelle et d'enquêtes.

Le Dr D_____ a indiqué être le médecin généraliste traitant du recourant depuis 2003.

Il avait appuyé la nouvelle demande AI en mars 2016. Le recourant se plaignait de douleurs aux genoux, à la nuque et aux mains, surtout la gauche. Ces douleurs avaient tendance à s'aggraver et ils n'avaient pas réussi à trouver un traitement susceptible de les soulager de façon durable. Il avait consulté les services de neurochirurgie et rhumatologique. Le service de neurochirurgie avait envisagé une intervention chirurgicale pour la nuque, mais l'intervention n'était pas claire et ne s'était pas concrétisée. Quant à l'aspect rhumatologique, ils avaient poursuivi le traitement (Dafalgan à haute dose).

Les limitations fonctionnelles actuelles étaient les mêmes que celles constatées en 2010 lors de l'évaluation par la fondation PRO. L'on pouvait dire qu'elles s'étaient aggravées, dans la mesure où elles provoquaient de mauvaises postures qui en généraient d'autres. Aucun diagnostic n'avait pu être posé de façon certaine pour les douleurs aux mains.

Il avait adressé le recourant au docteur N_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Il avait retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en mai 2019. Le Dr N_____ n'avait pas eu connaissance des expertises réalisées dans le cadre des procédures AI.

À la question de savoir si les limitations fonctionnelles découlaient de ce trouble somatoforme douloureux ou des hernies diagnostiquées, il ne pouvait y répondre, dans la mesure où l'état de santé du recourant formait un tout.

Il n'y avait pas de comorbidité. Le Dr N_____ avait confirmé qu'il n'y avait pas d'autres affections rhumatologiques. Le recourant ne souffrait pas, depuis 2016, d'un état dépressif profond. On pouvait qualifier celui-ci de léger. Son état était stable. Il avait fait quelques démarches pour trouver un autre médecin psychiatre au décès de la Dresse I_____, mais n'avait pas réussi malgré deux tentatives. Un accompagnement psychothérapeutique serait à son avis bénéfique.

Il ne savait pas si le recourant fréquentait des amis. Il lui avait indiqué passer beaucoup de temps avec sa famille.

Des hernies pouvaient s'assécher spontanément. Ceci pouvait expliquer l'avis de l'expert rhumatologue, le Dr M_____, selon lequel le diagnostic posé par le Dr K_____, en mai 2016, n'était plus d'actualité en août 2018. Toutefois, seule la réalisation d'une IRM permettait de le dire. Des palpations ne suffisaient pas à conclure que le diagnostic précédemment posé n'était plus valable, mais pouvaient en revanche permettre de dire que les hernies étaient devenues asymptomatiques.

Le seul diagnostic certain était un trouble somatoforme douloureux. L'évolution des douleurs dans son cas depuis l'accident était difficile à expliquer. Il était à son avis incapable de travailler à 100% compte tenu de l'intensité des douleurs. Il ne travaillait par ailleurs plus depuis dix-neuf ans. Cela dit, rien ne l'empêcherait de travailler en théorie.

Il avait pris connaissance de l'expertise du 10 août 2018. Le trouble somatoforme douloureux, diagnostiqué par l'expert, avait toutefois été considéré comme non incapacitant. Il confirmait, comme l'avait dit l'expert, qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique incapacitante. Il avait en revanche constaté que l'humeur était triste et l'état dépressif, de léger à moyen. Le recourant ne suivait pas de traitement psychotrope.

Il imaginait comme activité adaptée au recourant un poste de réceptionniste, par exemple, à condition qu'il y soit formé et qu'il puisse changer de positions. Il y aurait à ce moment-là une baisse de rendement.

En 2016, compte tenu des plaintes du recourant, du fait qu'il avait été réadapté dans un poste qui était en réalité inadéquat, il avait évalué son incapacité de travail à 100% quelle que soit l'activité envisagée. C'est en raison de l'expertise mandatée par l'intimé en 2018 et de l'avis du Dr N_____, qu'il nuançait à présent son avis comme indiqué aujourd'hui.

37. À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. 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.

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).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). La décision querellée a été notifiée, comme cela ressort de la pièce produite par l'intimé, le 23

novembre 2018. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours du 8 janvier 2019 est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant formulée le 7 mars 2016. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant entre le 7 avril 2009 (arrêt de la chambre de céans confirmant le rejet de sa précédente demande de prestations) et le 16 novembre 2018 (rejet de la nouvelle demande de prestations).
5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2

et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- 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).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélée par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un

indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes 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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les

mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2 et 4.3 ; ATAS/197/2019 du 11 mars 2019 consid. 8b).

9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronique et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

10. a. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid.

3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. 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).
12. 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).
13. 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).

14. Le recourant concluant dans un grief d'ordre formel à une violation de son droit d'être entendu, il convient d'examiner préalablement cette question.

a. Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH ; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites.

En tant que garantie générale de procédure, le droit d'être entendu permet au justiciable de consulter le dossier avant le prononcé d'une décision. Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b ; ATF 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités ; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e).

Le Tribunal fédéral a jugé que le refus d'un office de l'assurance-invalidité de communiquer une copie d'un rapport d'expertise d'un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) à un assuré non représenté par un avocat, assorti d'une autorisation de consulter le dossier au siège de l'autorité, n'est pas compatible avec la jurisprudence relative à la communication des données personnelles dans le domaine des assurances sociales (ATF 127 V 223 consid. 1b et ATF 125 II 323 consid. 3b).

b. En l'espèce, le recourant invoque l'absence, dans le dossier, d'un avis du SMR du 25 juin 2017. L'intimé a expliqué que sa communication interne datée du 15 mars 2018 contenait une erreur de date, faisant en réalité référence à l'avis du SMR du 28 juin 2016, qui prévoyait la mise sur pieds d'une expertise bidisciplinaire. Cette explication paraît parfaitement plausible : cette communication interne du 15 mars 2018, qui se réfère à un avis du SMR dont la

date est inconnue, indique que le mandat d'expertise est à adresser aux Drs L_____ et M_____. Il paraît donc clair que l'avis du SMR auquel faisait référence la communication interne de l'intimé est précisément celui qui concluait à la nécessité d'ordonner une expertise bidisciplinaire, soit l'avis du 28 juin 2016.

Le recourant soutient également que le SMR ne se serait jamais prononcé, dans cet avis du 28 juin 2016, sur sa capacité de travail. Par conséquent, lorsque l'expert rhumatologue indiquait « rejoindre l'avis du SMR concernant l'état de santé de l'assuré quant à ses douleurs aux genoux et ses cervicalgies, qui ne paraissaient pas justifier une incapacité de travail totale pour toute activité », il donnait l'impression qu'il partait du principe que la position de ce service était de rejeter sa demande. Cela était propre à mettre un doute sur la valeur probante de cette expertise.

Cette question ne peut être examinée sous l'angle de la violation du droit d'être entendu, mais sous celui de la valeur probante de cette expertise, lequel fera l'objet de l'examen au fond qui suit. Il en est de même de l'argument du recourant selon lequel cette expertise serait bâclée, en tant qu'elle ne répondrait pas aux questions contenues dans la communication de l'intimé du 21 mars 2018.

Au vu de ce qui précède, le grief de violation du droit d'être entendu sera rejeté.

15. Il convient à présent d'examiner le fond du litige.

a. En l'espèce, l'intimé se fonde sur les deux derniers avis du SMR, lesquels sont eux-mêmes principalement basés sur l'expertise bidisciplinaire effectuée en août 2018, pour nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

Ladite expertise (psychiatrique et rhumatologique) conclut à une capacité de travail entière du recourant dans toute activité, y compris son ancien travail. Le SMR s'en écarte seulement dans la mesure où il estime que sa capacité de travail n'est entière que dans les activités respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des membres inférieurs et du cou.

L'expertise du SMEX se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical du recourant, ainsi que sur des examens cliniques complets. Le rapport contient une anamnèse détaillée et les plaintes de l'expertisé. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a exposé ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont déterminés individuellement, puis en consilium, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Sur le plan somatique, le rhumatologue a retenu que l'examen était normal ; aucun déficit n'était constaté. Il a notamment relevé que le recourant était incohérent, dans la mesure où il ne s'était aucunement plaint durant tout l'interrogatoire, qui avait duré 45 minutes, alors qu'il avait grimacé, lors de l'examen physique, à la moindre mobilisation du segment rachidien cervical ou lombaire, des genoux et des jambes, et même des poignets et membres supérieurs. Le recourant manifestait ainsi une forme d'autolimitation et d'exagération ou de simulation avérée ou ressentie.

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a également retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Le seul diagnostic retenu, à savoir le syndrome douloureux somatoforme persistant, n'était pas incapacitant.

b. Le recourant reproche à l'expertise de n'avoir pas pris en considération les indicateurs mentionnés dans l'ATF 141 V 281 pour considérer que les troubles somatoformes douloureux n'étaient pas incapacitants.

Or, même si les examinateurs n'ont pas suivi la grille d'évaluation normative et structurée selon l'arrêt précité, leur examen, en le mettant en relation avec d'autres rapports médicaux ou éléments du dossier, permet néanmoins une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2 et 4.3 et les références).

Les examinateurs ont fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.1) en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence. Selon la définition du CIM 10, dans le cadre d'un tel syndrome, « la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins ».

En l'espèce, le recourant se plaint de douleurs multiples au niveau de la nuque, des genoux, des bras et des poignets, malgré l'examen rhumatologique qui n'a mis en évidence aucune anomalie. Ce diagnostic avait déjà été retenu dans le passé, notamment dans le rapport du 2 juillet 2003 de la CRR et dans l'expertise diligentée le 23 novembre 2006 par le Dr H_____. Le Dr N_____, qui a examiné le recourant en mai 2019, est également parvenu à la même conclusion.

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », le recourant n'est plus suivi par un psychiatre depuis 2016 (étant précisé que son suivi avait alors duré un peu moins de deux ans) et ne prend aucun traitement médicamenteux autre que des antidouleurs prescrits par son médecin généraliste traitant. On ne peut donc considérer qu'il y aurait un éventuel échec de thérapie.

Quant à l'indicateur de la « comorbidité », l'expert psychiatre n'a retenu aucune comorbidité psychiatrique incapacitante. Lors de son audition, le médecin traitant du recourant, qui n'est pas psychiatre, a mentionné un état dépressif léger à moyen, tout en confirmant qu'il n'y avait à son avis pas de comorbidité psychiatrique incapacitante.

En ce qui concerne le complexe de la « personnalité », aucun des médecins s'étant prononcé sur le cas du recourant n'a retenu de trouble de la personnalité.

Pour ce qui est du « contexte social », le recourant vit entouré de sa famille. Il maintient des relations proches, outre le cercle familial restreint (composé de son

épouse et de leurs cinq enfants), avec ses frères habitant à Genève, qu'il voit régulièrement. Le diagnostic retenu n'a donc pas une incidence négative sur le fonctionnement du recourant, en particulier sur les relations interpersonnelles.

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », l'atteinte à la santé n'empêche pas le recourant de prendre soin de ses jumeaux le matin, lorsque son épouse emmène les aînés à l'école. S'il indique passer apparemment le reste de sa journée à faire des allers-retours entre son lit et la télévision (son épouse assumant majoritairement l'entretien du foyer), il a mentionné qu'il se déplaçait en tram, métro et bus à Genève, et de temps en temps en voiture. Il est par ailleurs probable, au vu de la forme d'exagération mentionnée dans l'expertise, que le recourant s'autolimité à cet égard.

En définitive, compte tenu des indicateurs pertinents, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts mandatés par l'intimé, selon lesquels le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant retenu doit être nié. Celui-ci ne présente pas un degré de gravité suffisant d'un point de vue juridique.

Cette conclusion s'impose d'autant plus que le médecin traitant du recourant, qui avait appuyé la nouvelle demande en 2016, a nuancé son avis lors de son audition par la chambre de céans, se référant à cet égard à l'expertise bidisciplinaire figurant au dossier, ainsi qu'à l'avis du Dr N_____, consulté en mai 2019, qui avait retenu le même diagnostic que les experts.

Par ailleurs, le recourant n'allègue pas de fait pertinent qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert psychiatre, ni n'a produit de rapport d'un autre médecin psychiatre remettant en cause les conclusions de l'expertise ou permettant de mettre en doute sa valeur probante.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande du recourant, l'état de santé de ce dernier ne s'étant manifestement pas aggravé depuis la décision supprimant sa rente en 2008.

16. 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. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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