

# **GE\_GERICHTE ATAS/1010/2016 vom 6. Dezember 2016**

GE Cour de justice, 2016-12-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1010\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1010_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1010/2016 del 6 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Déposé le 16 juin 2016 contre une décision reçue le 17 mai 2016, le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

La décision attaquée, définissant l'objet possible du recours formé à son encontre, nie le droit du recourant à toutes prestations de l'AI, en particulier à une rente (entière) d'invalidité. Le recourant n'avance aucun grief à l'encontre du refus que comporte la décision attaquée de lui octroyer, fût-ce subsidiairement, des mesures de réadaptation.

### **E. 3**

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en

A/2018/2016 - 20/34 - particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF

125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5d). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

A/2018/2016 - 21/34 -

#### **E. 4**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue le 27 février 2012 et que, de façon non contestée, le droit revendiqué à une rente d'invalidité ne peut avoir pris naissance au plus tôt avant l'échéance d'un délai de six mois à compter de cette date (art. 29 al. 1 LAI), il s'agit en l'espèce du droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision], entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle

générale, une version formalisée sur le plan de 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).

## E. 5

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

A/2018/2016 - 22/34 - exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration

et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. d/aa. 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

A/2018/2016 - 23/34 - (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). d/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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

A/2018/2016 - 24/34 - 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). d/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 6**

juin 2012 aux HUG. De son côté, reprenant à son compte l'avis du Dr AI\_\_\_\_\_ fondé sur un ENMG, le Prof. AH\_\_\_\_\_ a retenu, en janvier 2013, une (probable) neuropathie par étirement du nerf intercostal au niveau T9 et, dans une moindre mesure, au niveau T10. Cet avis a été repris par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (cf. rapports des 5 et 6 juin 2012) et ceux du Centre d'antalgie du CHUV (cf. courrier du Dr AK\_\_\_\_\_ du 26 mars 2013). d. S'agissant du volet psychiatrique – sous réserve de la question abordée plus loin de troubles somatoformes douloureux –, le rapport d'expertise du CEMed répond également aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître force probante, tant formellement que matériellement. d/aa. D'après ledit rapport d'expertise, il persistait un épisode dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique, qui prenait une allure chronique et était

A/2018/2016 - 27/34 - réactionnel aux douleurs chroniques ; il y avait ainsi une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un épisode dépressif moyen chronique persistant depuis un an et demi et ne répondant pas au traitement de Cymbalta 120 mg/j, le seul antidépresseur à avoir été essayé et maintenu sans changement depuis plus d'un an, alors que les possibilités thérapeutiques n'étaient de loin pas épuisées. Le recourant n'était pas replié socialement, n'avait pas de traits pathologiques de caractère, ni ralentissement psychomoteur, ni troubles cognitifs patents, mais une pensée fixée sur les douleurs chroniques et leur répercussion

désastreuse sur le quotidien ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles objectivables au niveau psychiatrique. d/bb. Les autres psychiatres s'étant prononcés dans ce dossier ne contredisent pas les conclusions de l'expert psychiatre, sauf la psychiatre traitante s'agissant des répercussions sur la capacité de travail, dans une mesure s'expliquant assez manifestement par sa qualité de médecin traitant, lié à son patient par un lien de confiance. Le diagnostic posé par le Dr AC\_\_\_\_\_, en juin 2012, était celui d'épisode dépressif moyen, dont la symptomatologie était réactionnelle aux douleurs post-opératoires. La Dre AR\_\_\_\_\_ n'a pas posé un autre diagnostic dans son rapport médical du 11 mai 2015, qui confirme et souligne que le recourant est captif, psychiquement, d'un fort sentiment d'injustice et d'un intense besoin de reconnaissance et de réparation à l'endroit du corps médical (cf. aussi son rapport du 22 février 2016). . e. À ce stade – et sous la réserve déjà annoncée de la question de troubles somatoformes douloureux –, la chambre de céans estime qu'il n'y a pas matière à ordonner une expertise judiciaire, compte tenu de la force probante du rapport d'expertise du CEMed, et que l'appréciation desdits experts doit être suivie. Sur le plan somatique, dont la frange est difficile à distinguer du volet psychiatrique, les limitations résultant des douleurs que ressent le recourant n'apparaissent effectivement pas compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle physiquement lourde, nécessitant le port régulier de charges de plus de 10 à 15 kg et impliquant d'être le plus souvent debout et en mouvement. Par ailleurs, pris pour lui-même, l'épisode dépressif moyen chronique du recourant n'engendre pas de limitations spécifiques à l'exercice d'une activité professionnelle. Les avis contraires émis par les deux médecins traitants du recourant sur la capacité de travail de ce dernier, respectivement les 18 et 22 février 2016, n'emportent pas conviction. Aussi les conclusions que l'intimé a tiré dudit rapport d'expertise, et plus généralement du dossier, de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pourrait-elle être partagée et le recours être rejeté, étant précisé qu'il n'y a pas de critique à émettre (ni d'ailleurs de critique émise par le recourant) quant au fait qu'une telle activité adaptée peut et doit en l'espèce être déterminée par référence au tableau TA1, tous secteurs confondus, de niveau 4 (activités simples et répétitives) de l'ESS 2012, sans préjudice de l'abattement de

## **E. 10**

% retenu par l'intimé, et qu'au surplus, après correction des erreurs de calcul –

A/2018/2016 - 28/34 - admises par l'intimé – affectant les comparaisons des revenus avec et sans invalidité figurant dans la décision attaquée, le degré d'invalidité finalement pertinent (dès septembre 2012, compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations de l'AI et du délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI) serait de 16 %, ce qui n'ouvrirait un droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel. 7. a. Il reste toutefois à examiner le grief du recourant dont l'intimé n'a pas tenu compte, alors qu'il le faudrait, d'un trouble somatoforme douloureux pleinement incapacitant. Préalablement, il sied d'exposer le cadre juridique de cette pathologie. b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 5), à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les

symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations

A/2018/2016 - 29/34 - fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss). c. Or, selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais 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 dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs),

A/2018/2016 - 30/34 - si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. d. La nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est le cas échéant applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée (ATAS/364/2016 du 10 mai 2016 consid. 10c). 8. a. En l'espèce, la notion de douleur imprègne le dossier. En effet, dès les lendemains de la lobectomie associée à une cholécystectomie du 29 juillet 2011 aux HUG, le recourant s'est plaint de douleurs, au point que diverses investigations ont été entreprises, en particulier une échographie le 17 août 2011, un scanner abdominal le 1er septembre 2011, une hospitalisation dans le service de chirurgie viscérale des HUG du 7 au 10 septembre 2011, un examen radiologique le

#### **E. 12**

octobre 2011, un transit oeso-gastroduodéal en double contraste le

#### **E. 14**

novembre 2011, puis d'autres examens en 2012. De nombreux médecins ont été consultés, dont des chirurgiens puis/et des psychiatres, des équipes pluridisciplinaires, aux HUG, au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, à l'Hôpital du Valais, au Centre d'antalgie du CHUV, avant qu'une expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie ne soit ordonnée par l'intimé. Le recourant a continué à se plaindre de douleurs auprès des experts du CEMed, en 2014, auprès des psychiatres l'ayant suivi en unité psychiatrique des HUG, en 2015, et encore et toujours auprès de ses médecins traitants, encore en 2016. Si, au début, déjà sans pouvoir les objectiver véritablement, les médecins ont attribué lesdites douleurs « probablement » à la chirurgie et à l'hypertrophie cicatricielle (cf. lettre de sortie des HUG du 4 octobre 2011), ils sont devenus par la suite perplexes devant la difficulté « d'identifier une cause à l'ensemble des manifestations présentées » par le recourant, au point d'envisager, à titre d'hypothèse, une atteinte vagale (courrier du 13 janvier 2012 du Dr U\_\_\_\_\_), qui sera exclue ultérieurement (lettre de sortie des HUG du 8 juin 2012) mais qui n'en aura pas moins conforté le recourant dans sa conviction d'être victime d'une erreur médicale. Ses douleurs post-opératoires ont alors été

qualifiées comme étant « d'origine peu claire et probablement mixte », physique et psychique, la persistance d'un petit hématome visualisé à l'IRM ne pouvant les expliquer (lettre de sortie des HUG du 8 juin 2012). Elles ont ensuite trouvé une explication partielle la plus vraisemblable dans une neuropathie intercostale T9 droite péri-opératoire sur probable étirement du nerf intercostal T9 et dans une moindre mesure au niveau T10 (rapports des 22 et 23 janvier 2013 respectivement des Drs AH\_\_\_\_\_ et AI\_\_\_\_\_, courrier du 26 mars 2013 du Dr AK\_\_\_\_\_), cause qui a été reprise par

A/2018/2016 - 31/34 - les experts du CEMed, non sans qu'apparaisse et ne soit retenu que lesdites douleurs ont persisté et se sont accrues au fur et à mesure que le recourant a acquis la conviction d'avoir été victime d'une erreur médicale, ayant engendré en lui un fort sentiment d'injustice et un intense besoin de reconnaissance et de réparation et ayant provoqué une symptomatologie dépressive (comme l'ont relevé notamment les médecins ayant participé au colloque multidisciplinaire du 6 juin 2012, les experts du CEMed dans leur rapport du 12 août 2014, les psychiatres ayant suivi le recourant lors de son hospitalisation de janvier 2015). Il sied de souligner qu'aucun des médecins consultés n'a prétendu ni même laissé entendre que les douleurs considérées seraient feintes par le recourant. b. Le Dr D\_\_\_\_\_ a été le premier à évoquer un syndrome douloureux chronique (lettre du 3 août 2012 au Centre d'antalgie du CHUV). De son côté, l'intimé a libellé son mandat d'expertise au CEMed en envisageant l'hypothèse qu'il y ait un « trouble de la lignée somatoforme ou un trouble assimilé », en prévoyant, sous la question 6, une série de sous-questions spécifiques à cette hypothèse, destinées à établir, au regard des critères jurisprudentiels alors suivis, si la présomption que le recourant pouvait surmonter le handicap lié à ses douleurs par un effort de volonté exigible était, exceptionnellement, renversée. Il sied de rappeler que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant présuppose 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 (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10ème révision [CIM-10], ad F45.50 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285). Dans le contexte susdécrit, il apparaît frappant et insatisfaisant que les experts n'ont pas discuté le point de savoir si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être posé ou non, ni a fortiori ne se sont pas prononcés explicitement à ce propos. Contrairement à ce que l'intimé soutient dans sa duplique, on ne saurait cependant considérer que les experts n'ont pas retenu un tel trouble, dans la mesure où ils ont répondu à cinq des six sous-questions posées sous la question 6, ce qui suppose normalement qu'une réponse affirmative soit apportée à la question liminaire de l'existence d'un trouble de la lignée somatoforme ou d'un trouble assimilé. Certes, au titre des diagnostics, ils n'ont pas fait état d'un tel trouble, mais ont mentionné un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique (F32.10). Or, selon la jurisprudence fondée sur la doctrine médicale, les états dépressifs (en particulier un épisode dépressif moyen) constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, dont ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic distinct (Michel VALTERIO, op. cit. n. 1205, notes de bas de page 1457 et 1458 faisant référence respectivement à l'ATF 130 V 352

A/2018/2016 - 32/34 - consid. 3.3.1 in fine p. 356 et aux arrêts I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.2 et 8C\_930/2008 du 24 avril 2009). La chambre de céans retient à ce stade que le rapport d'expertise du CEMed est lacunaire sur la question du diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux. c. Cette faille ne saurait être colmatée par la considération que les experts d'une part ont qualifié de non invalidant l'épisode dépressif d'intensité moyenne chronique du recourant (en le citant sous la rubrique des « maladies sans répercussion sur la capacité de travail »), et d'autre part, dans trois de leurs réponses aux sous-questions considérées, ont fourni des éléments de réponse allant dans le sens de la négation d'un caractère invalidant d'un (éventuel ?) trouble somatoforme douloureux (en particulier l'absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec d'un traitement antidépresseur maintenu sans changement durant plus d'un an alors que les possibilités thérapeutiques n'étaient de loin pas épuisées, et – à vrai dire étonnamment au vu du dossier – l'absence d'état psychique cristallisé). Il faut en effet relever, à l'inverse, que les experts ont relevé une comorbidité psychiatrique (précisément un épisode dépressif moyen chronique persistant depuis alors un an et demi), une chronicisation dudit épisode dépressif moyen, sa résistance durable du moins à un traitement antidépresseur et l'absence d'exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, à savoir des éléments tendant à plaider, à l'époque, en faveur d'un renversement de la présomption du caractère surmontable du trouble par un effort de volonté. Par ailleurs et surtout, il appert que les experts, en 2014, se sont prononcés au regard d'une présomption et de critères qui n'ont aujourd'hui plus cours, et qu'il en va en réalité de même de l'intimé, même s'il a rendu la décision attaquée (et antérieurement son projet de décision) en 2016, donc après le changement de jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et pathologies assimilées. Or, en plus qu'il n'indique pas clairement si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est posé (ainsi que des éléments du dossier tendent à laisser penser que tel devrait être le cas) ou écarté (ce qui devrait résulter d'une discussion convaincante), le rapport d'expertise ne contient pas – et, plus généralement, le dossier non plus – suffisamment d'éléments permettant d'analyser l'exigibilité d'une réintégration dans le processus de travail au regard des indicateurs énoncés par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence. Il sied ici de souligner que la comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, qu'il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes, qu'un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut constituer un facteur d'affaiblissement des ressources de l'assuré, qu'il faut recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

A/2018/2016 - 33/34 - d. Aussi la chambre de céans retient-elle qu'une expertise psychiatrique doit être effectuée pour déterminer si le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux et si ce dernier est ou non incapacitant, dans l'affirmative dans quelle mesure. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour un complément d'instruction est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point d'une expertise administrative ou de demander un complément à des experts, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (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 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). Un renvoi de la cause suppose l'annulation de la décision

attaquée. 9. a. Le recours sera donc partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). c. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

\* \* \* \* \*

A/2018/2016 - 34/34 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 12 mai 2016. 4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. 5. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 6. Alloue à Monsieur A\_\_\_\_\_ une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 7. 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

**E. 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

Sylvie SCHNEWLIN

Le président

Raphaël MARTIN

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.