

## **GE\_GERICHTE ATAS/138/2015 vom 27. Mai 2004**

GE Cour de justice, 2004-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_138\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_138_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/138/2015 du 27 mai 2004

IT: GE\_GERICHTE ATAS/138/2015 del 27 maggio 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

Par arrêt du 23 juin 2008, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assuré, annulé l'arrêt du TCAS et la décision sur opposition d'Allianz, et renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le TF a jugé qu'il n'était pas établi que les suites de l'accident du 30 septembre 2003 ne jouaient plus de rôle dans l'état de santé de l'assuré après le 8 février 2005. Au regard de la complexité du cas, il s'imposait de procéder à un complément d'instruction sous forme d'une expertise médicale.

#### **E. 6**

Suite à la demande de prestations déposée par l'assuré le 28 septembre 2005, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a rendu un projet de décision aux termes duquel l'assuré avait droit à une rente entière du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005. À l'appui de sa décision, l'OAI retenait que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 30 septembre 2003, cette date coïncidant avec le début du délai d'attente d'un an. Il ressortait de l'appréciation des médecins SMR que la capacité de travail de l'assuré en tant qu'aide-cuisinier était nulle en raison de l'atteinte à la santé. En revanche, rien ne l'empêchait d'exercer une autre activité plus légère physiquement, dès le mois d'avril 2005, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. En procédant à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré, soit la comparaison des revenus réalisés avec et sans invalidité,

A/1331/2014 - 3/21 - un degré d'invalidité de 6% lui était reconnu. Ce taux était insuffisant pour maintenir le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2005.

#### **E. 7**

Dans un courrier du 12 février 2008 adressé au conseil de l'assuré, la Dresse C\_\_\_\_\_ a rappelé que l'état dépressif de l'assuré – qui se caractérisait notamment par une apathie, une perte de goût et d'intérêt pour quoi que ce soit, une fatigabilité et la verbalisation d'idées hypocondriaques – avait progressivement évolué et était toujours présent. Il s'avérait utile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Dans une attestation du même jour, la Dresse C\_\_\_\_\_ s'étonnait que le SMR n'ait pas retenu, dans son rapport du 18 janvier 2008, que l'assuré se trouvait toujours dans un état dépressif moyen.

#### **E. 8**

Par détermination du 27 février 2008, l'assuré a contesté le projet de décision du 25 janvier 2008. Il a requis de l'OAI qu'il calcule la rente AI depuis le mois d'avril 2005 sur la base d'une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et dans une activité adaptée et qu'il ordonne des mesures de réadaptation professionnelle sous la forme d'une prise en charge médicale adéquate en vue de lui permettre de retrouver sa pleine capacité de travail.

À l'appui de sa détermination, il indiquait que les rapports du SMR se fondaient sur des constatations inexactes puisque les différents médecins qu'il avait consultés avaient considéré – contrairement au SMR – qu'il était inapte au travail depuis 2003 quelle que soit l'activité considérée, au vu notamment de ses problèmes orthopédiques, psychiatriques et d'anesthésiologie.

#### **E. 9**

Dans un avis médical du 2 avril 2008, la Dresse D\_\_\_\_\_, médecin SMR de l'OAI a estimé que les conclusions du rapport du SMR établi le 18 janvier 2008 étaient parfaitement fiables et expliquées, de sorte que l'OAI n'avait pas à s'en écarter. Le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 12 février 2008 qui retenait un épisode dépressif moyen ne concluait pas à une incapacité de travail liée à ce trouble psychique et n'apportait pas d'élément nouveau. Compte tenu de la présence possible d'un trouble somatoforme douloureux, un examen psychiatrique serait mis en œuvre. Une expertise psychiatrique ne paraissait pas nécessaire.

#### **E. 10**

Le 25 avril 2008, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique par le Dr E\_\_\_\_\_, médecin SMR. L'anamnèse psychiatrique permettait de constater une symptomatologie dépressive apparue en janvier 2006, ce qui avait motivé l'introduction d'un traitement médicamenteux à l'Efexor, dès mars 2006. Grâce à celui-ci, l'assuré avait ressenti une amélioration de sa volonté, de la force pour faire face à la situation et une stabilité émotionnelle, trois mois après l'introduction du traitement, de même qu'une stabilisation de l'état de santé psychique trois à quatre mois après le début du traitement chez la Dresse C\_\_\_\_\_ (août 2006), de sorte que dès juillet 2006, une diminution du traitement de moitié avait été décidée sans que l'état de santé psychique ne se péjore. Le Dr E\_\_\_\_\_ concluait donc que l'assuré avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (d'après la définition de la CIM-10) sans répercussion sur la capacité de travail de longue durée. En effet, cet épisode avait duré de janvier à août 2006 et se trouvait en rémission. Sur le plan

A/1331/2014 - 4/21 - psychiatrique, il n'y avait plus de limitation fonctionnelle. En outre, en ce qui concernait l'éventualité d'un trouble somatoforme douloureux, le Dr E\_\_\_\_\_ considérait que d'après la CIM-10, il n'était pas possible de retenir un tel diagnostic, compte tenu d'un processus physiopathologique pouvant expliquer les plaintes douloureuses, référence étant faite à l'examen clinique orthopédique du 5 octobre 2007 (pièce 39 intimé, p. 3-9). Invité à se prononcer sur l'existence et, cas échéant, la date d'une incapacité de travail de 20% au moins, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu que sur le plan psychiatrique, une telle incapacité était présente depuis janvier 2006. En revanche, depuis août 2006, la capacité de travail exigible était entière dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.

#### **E. 11**

Dans un nouvel avis médical du 6 juin 2008, la Dresse D\_\_\_\_\_ a considéré que l'examen SMR du 25 avril 2008 – et le rapport clinique du 3 juin 2008 y relatif – n'avait mis en exergue aucune maladie psychiatrique incapacitante. Le médecin-examineur n'avait d'ailleurs pas diagnostiqué de syndrome douloureux somatoforme. Il y avait certes quelques troubles compatibles avec une humeur dépressive d'accompagnement au syndrome douloureux, de sorte qu'il fallait admettre que l'assuré avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique de janvier à août 2006, mais en raison de la

rémission complète de celui-ci, l'assuré présentait une pleine capacité de travail exigible sur le plan psychique et somatique, dès septembre 2006. La Dresse D\_\_\_\_\_ retenait donc que l'assuré avait présenté une capacité de travail exigible totale du 15 avril 2005 au 31 décembre 2005, puis dès le 1er septembre 2006 dans toute activité adaptée.

#### **E. 12**

Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a admis le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1er janvier au 30 novembre 2006, vu notamment l'aggravation momentanée de sa capacité de travail résiduelle de janvier à fin août 2006, en raison de l'épisode dépressif d'intensité moyenne.

#### **E. 13**

Par arrêt du 24 août 2011 (ATAS/775/2011) entré en force, la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision du 24 juillet 2008. Se fondant sur l'abondante documentation médicale au dossier, elle a jugé que les nombreuses contradictions ne lui permettaient pas de trancher de façon sûre la question de savoir si, et le cas échéant, à compter de quelle date l'intimé était fondé à supprimer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire s'avérait indispensable. La décision de l'OAI a été annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

#### **E. 14**

Par communication du 25 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait se soumettre à un examen médical approfondi (rhumatologie, orthopédie et psychiatrie) et lui a communiqué la liste des questions. L'assuré a proposé que

A/1331/2014 - 5/21 - l'expertise pluridisciplinaire soit effectuée par trois experts indépendants (orthopédie, psychiatrie et anesthésiologie) et a complété les questions.

#### **E. 15**

Par décision du 10 septembre 2012, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas de motifs pour récuser l'expert et a maintenu l'expertise envisagée, en la complétant toutefois par un volet neurologique. Selon le SMR, une expertise en anesthésiologie n'était pas indiquée.

#### **E. 16**

Par acte daté du 8 octobre 2012, posté le 9 octobre, l'assuré a interjeté recours. Il s'opposait à ce que l'expertise fût confiée à des organismes de l'assurance- invalidité et concluait à l'annulation de la décision querellée, l'intimé étant tenu de désigner deux experts indépendants et spécialistes en orthopédie et psychiatrie.

#### **E. 17**

Par arrêt du 5 décembre 2012 (ATAS/1474/2012), la chambre de céans a rejeté le recours, considérant que l'OAI avait correctement exécuté son arrêt du 24 août 2011, que l'assuré avait pu faire valoir ses droits de participation et que l'OAI avait pris en compte ses contre-questions. Pour le surplus, l'intimé avait également respecté la procédure, d'une part en informant le recourant du contenu de la mission, du fait que l'expertise serait confiée à un centre d'expertise selon le principe aléatoire, d'autre part en rendant une décision incidente suite aux objections du recourant.

### **E. 18**

Par arrêt du 23 décembre 2013, rendu dans la cause opposant l'assuré à Allianz, la chambre de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 22 novembre 2011 rendue par cet assureur, considérant que l'incapacité de travail justifiée par les suites de l'accident s'était poursuivie jusqu'au 8 février 2005, soit une semaine après la seconde arthroscopie. Quant à la souffrance psychique, il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre l'état dépressif moyen et l'accident du 10 septembre 2003. Un recours de droit public, interjeté le 13 février 2014 contre cet arrêt, est actuellement pendant au Tribunal fédéral.

### **E. 19**

Par arrêt du 15 février 2013, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours interjeté le 25 janvier 2013 contre l'arrêt rendu le 5 décembre 2012 par la chambre de céans (ATF 9C\_75/2013).

### **E. 20**

Par communication du 28 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait se rendre prochainement au Centre d'expertise médicale (CEMED) en vue de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire comportant cinq volets distincts, soit : - médecine interne générale (Dr F\_\_\_\_\_); - neurologie (Dr G\_\_\_\_\_); - chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Dr H\_\_\_\_\_); - psychiatrie et psychothérapie (Dr I\_\_\_\_\_); - rhumatologie (Dr J\_\_\_\_\_, recte : Dr K\_\_\_\_\_).

A/1331/2014 - 6/21 - Après avoir reçu et examiné l'assuré les 12, 13 et 26 juin 2013 ainsi que le 11 juillet 2013, retracé son anamnèse et recueilli ses plaintes, les experts ont retenu dans leur rapport du 27 septembre 2013 que seul le diagnostic de gonarthrose bilatérale, prédominant à droite, présent depuis plusieurs années, avait une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, ils ont estimé que les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : - épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), dans un contexte réactionnel à des problèmes biopsychosociaux, évoluant depuis 2006 et ayant vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 ; - trouble somatoforme, type somatisation (F45.0) depuis une dizaine d'années ; - spondylarthrose cervicale et lombaire (2004) ; - obésité de classe III. Sur un plan neurologique, l'assuré se plaignait de la persistance de rachialgies cervico-dorso-lombaires se compliquant de brachialgies bilatérales, de douleurs latéro-thoraciques bilatérales à prédominance droite, de douleurs sans caractère sciatalgique au niveau des membres inférieurs, avec une faiblesse globale de l'hémicorps droit. Après examen de l'assuré et de son dossier, l'expert neurologue a relevé que la description tout à fait atypique des troubles, les constatations cliniques et le contexte global ne permettaient pas de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une participation neurologique aux plaintes et notamment l'existence d'une souffrance radiculaire ou médullaire tant au niveau des membres inférieurs que des membres supérieurs. La hernie discale L4-L5, mise en évidence en 2004, était vraisemblablement une découverte fortuite et sans relation avec la symptomatologie, d'autant plus que la compression radiculaire semblait avoir été L5 à gauche et non L5 droite. Compte tenu de ces éléments, l'expert neurologue a considéré qu'il n'y avait pas de pathologie significative susceptible de représenter une cause d'incapacité de travail. D'un point de vue thérapeutique, un traitement quel qu'il fût n'était pas non plus indiqué, étant donné l'absence de pathologie significative objectivable. D'un point de vue

rhumatologique, il n'y avait objectivement pas de limitation significative de la mobilité du rachis ou des membres, nonobstant l'obésité morbide et des troubles statiques. Le bilan radiologique mettait en évidence des troubles dégénératifs sous forme de discopathies. Toutefois, ces découvertes étaient « bénignes et banales ». À l'examen clinique, il n'y avait pas de points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie, même si l'assuré se plaignait de douleurs situées dans l'hémicorps droit en attirant l'attention de l'expert sur des zones douloureuses et en faisant des appuis assez forts, ce qui était en opposition avec le comportement des personnes souffrant de fibromyalgie, qui ne tolèrent pas l'appui ou la palpation, de tels gestes étant douloureux. En conclusion, du point de vue rhumatologique, il n'y avait ni pathologie ni diagnostic permettant d'expliquer la

A/1331/2014 - 7/21 - symptomatologie douloureuse exprimée par l'assuré. Par conséquent, il n'y avait pas de raison pour retenir une incapacité de travail. Sur le plan orthopédique, un peu moins de dix ans après le début d'une incapacité de travail prolongée due à son accident de travail du 30 septembre 2003, l'assuré présentait une réduction fonctionnelle de son genou droit ainsi qu'une gonarthrose débutante à gauche. Dans l'intervalle, il y avait eu un problème avant tout méniscal droit, traité par arthroscopie, avec des complications. Ainsi, il n'y avait jamais eu récupération d'un genou fonctionnel et indolore à droite. S'agissant de la réduction fonctionnelle de la cheville droite, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'avait pas de « traduction radiologique ». Relevant au passage la présence de troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, l'expert a précisé que sur le plan orthopédique, il s'était fondé uniquement sur l'aspect radiologique récent des deux genoux, ajoutant que la gonarthrose bilatérale contre-indiquait une profession exercée principalement en position debout. En revanche, cette pathologie n'était pas un problème dans toute profession sédentaire permettant une alternance de positions de travail. D'un point de vue orthopédique, on pouvait dès lors estimer que la capacité de travail était complète en temps et rendement dans une activité adaptée dès fin 2005, soit après les deux arthroscopies pratiquées par le Prof. L\_\_\_\_\_ en février et mars 2005. Pour sa part, l'experte psychiatre a mentionné, d'une part, que les conclusions des somaticiens allaient dans le sens d'une absence d'explication objective à toutes les plaintes douloureuses exprimées par l'assuré et, d'autre part, que le monitoring thérapeutique montrait une très mauvaise observance. Les diagnostics retenus en 2008 par la Dresse C\_\_\_\_\_ étaient un état dépressif moyen suite à un accident et une intervention chirurgicale en 2003 ainsi que des troubles somatoformes. L'experte a relevé qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail prescrite pour des raisons psychiatriques. Selon la Dresse I\_\_\_\_\_, le trouble somatoforme n'était pas associé à une comorbidité sévère et le trouble de l'humeur pouvait être qualifié d'intensité moyenne. L'assuré était non compliant actuellement. On ne pouvait pas retenir de processus maladif s'étendant sur plusieurs années. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, mais un isolement volontaire. Il n'y avait pas non plus d'état psychique cristallisé ou d'échec des traitements ambulatoires. Ainsi, la capacité de travail pouvait être considérée comme étant complète en temps et en rendement. Par ailleurs, l'experte a mis en exergue un possible impact des troubles psychiques diagnostiqués sur la capacité de travail depuis fin 2012 (pièce 128 intime, p. 33). À cet égard, elle a mentionné qu'un soir de décembre 2012, l'assuré avait tout préparé pour se tuer par veinoséction et qu'actuellement, celui-ci disait ne toujours pas savoir ce qui l'en avait empêché (pièce 128 intime, p. 19). La Dresse I\_\_\_\_\_ a également indiqué, s'agissant de l'intensité du trouble dépressif, « qu'il semblerait que celui-ci montre une légère amélioration depuis le mois de mars 2013 », mais qu'un suivi et un traitement psychiatrique adapté était recommandé et exigible. Elle

A/1331/2014 - 8/21 - a précisé que l'assuré ne voyait plus sa psychiatre, la Dresse C \_\_\_\_\_ depuis début 2013, qu'il ne prenait plus d'antidépresseur depuis mai 2013 et qu'il faisait preuve d'une observance thérapeutique très mauvaise au traitement par Abilify®, médicament qui avait été substitué à l'Efexor® en mai 2013 (pièce 128 intimé, p. 19 et 36).

#### **E. 21**

Par avis du 22 octobre 2013, la Dresse M \_\_\_\_\_, médecin SMR, a relevé qu'aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 septembre 2013, l'atteinte incapacitante se résumait à une gonarthrose bilatérale des deux genoux prédominant à droite, laquelle déterminait des limitations fonctionnelles qui n'étaient pas respectées dans l'activité de cuisinier et entraînaient une incapacité de travail totale dans cette profession depuis l'accident de 2003. En revanche, les limitations retenues par les experts (absence de marches et de stations debout de longue durée, absence de port de charge, de marche sur terrain inégal, de montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles) restaient compatibles avec une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée dès fin 2005, soit après la dernière arthroscopie du genou. Sur le plan somatique, les évaluations dans les différentes spécialités avaient permis d'écarter la présence d'une atteinte incapacitante en dehors de la gonarthrose. Ainsi, sur le plan neurologique et rhumatologique, les plaintes atypiques mises en avant ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une atteinte objectivable et étaient à mettre en lien avec le trouble somatoforme, type somatisation. Les critères de la fibromyalgie n'étaient pas remplis. Sur le plan psychiatrique, le médecin SMR a considéré que dans la mesure où l'assuré ne voyait plus sa psychiatre depuis début 2013, que le traitement antidépresseur avait été arrêté en mai 2013 et que l'observance thérapeutique prescrite était très mauvaise, on ne pouvait considérer que celui-ci souffrait d'une atteinte psychique grave et durablement incapacitante. En conclusion, elle a considéré que le rapport d'expertise du 27 septembre 2013 avait permis de préciser les atteintes, en ce sens que les douleurs rachidiennes apparaissaient sans fondement objectif et ne justifiaient pas de retenir des limitations fonctionnelles, celles-ci étant déterminées uniquement par les atteintes aux genoux. S'agissant de la date d'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée, il convenait de s'écarter de la date retenue par les experts, soit fin 2005, celle-ci ayant été fixée de manière médico-théorique. Selon le médecin SMR, une période de récupération de deux semaines après la dernière intervention arthroscopique de janvier 2005 aurait paru en soi appropriée. Toutefois compte tenu du long suivi médical, thérapeutique et physiothérapeutique qui s'était prolongé, on pouvait concevoir une période de récupération d'environ trois mois après la fibroscopie, de sorte que la reprise exigible d'une activité adaptée pouvait être fixée à début juillet 2005.

A/1331/2014 - 9/21 -

#### **E. 22**

Par projet de décision du 31 octobre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1er septembre 2004 au 30 septembre 2005, considérant que dès le début du mois de juillet 2005, rien ne l'empêchait d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans qu'une nouvelle formation ou un complément d'information fussent nécessaires. Étant donné que le degré d'invalidité s'élevait à 6% dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, l'octroi d'une rente au-delà du 30 septembre 2005 n'entraîne pas en considération. Un droit au reclassement non plus.

#### **E. 23**

Par courrier du 28 novembre 2013, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a relevé qu'en tant que la décision (recte : le projet de décision) du 31 octobre 2013 fixait la fin du droit à la rente au 30 septembre 2005, il existait une contradiction par rapport à la décision du 24 juillet 2008. Aux termes de cette dernière, l'assuré avait droit à une rente entière du 1er décembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1er janvier 2006 au 30 novembre 2006. Se fondant notamment sur deux certificats récents des Drs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, et O\_\_\_\_\_, médecin traitant, faisant état d'une très lente atténuation des symptômes douloureux depuis 2005 (pièce 5 recourant), respectivement d'une suspicion d'un phénomène de « sensibilisation centrale » pouvant expliquer les douleurs de l'hémicorps droit (pièce 6 recourant), l'assuré a reproché à l'OAI d'avoir toujours refusé de le faire examiner par un spécialiste de la douleur. L'analyse médicale était partant incomplète et l'expertise pluridisciplinaire dépourvue de caractère probant. En conséquence, l'assuré invitait l'OAI à ordonner une expertise par le centre d'antalgie du Nord-Vaudois aux fins de déterminer à nouveau le taux d'invalidité à partir du 30 septembre 2005.

#### **E. 24**

Par avis du 6 janvier 2013, le SMR a rappelé qu'un trouble somatoforme ou une fibromyalgie représentent « un état douloureux chronique diffus sans cause nociceptive périphérique démontrable » et qu'un tel diagnostic était donc évoqué lorsqu'aucun substrat organique objectif permettant d'expliquer l'intensité des douleurs ne pouvait être mis en évidence. Partant, si une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologique, orthopédique et neurologique avait été mise en œuvre, c'était précisément pour s'assurer qu'aucune atteinte organique réputée incapacitante au sens de l'AI et/ou pouvant être traitée lege artis n'était restée méconnue. S'agissant du phénomène de sensibilisation centrale évoqué le 13 mai 2013 par le Dr P\_\_\_\_\_ (pièce 138 intimé p. 9 et 10) puis relayé par le Dr O\_\_\_\_\_, le SMR a considéré qu'il ne renvoyait pas à une atteinte distincte du trouble somatoforme douloureux ou de la fibromyalgie mais y faisait directement référence. Par ailleurs, étant donné que la théorie du phénomène de sensibilisation centrale – qui, selon les publications spécialisées, se caractérise notamment par un abaissement du seuil douloureux et un syndrome polyalgique diffus – ne faisait toujours pas l'unanimité dans le monde médical et qu'elle n'identifiait pas, de surcroît, la cause des douleurs chroniques dans les cas de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, les

A/1331/2014 - 10/21 - rapports récents des Drs P\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ne permettaient pas au SMR de modifier ses conclusions du 22 octobre 2013.

#### **E. 25**

Par décision du 25 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 octobre 2013.

#### **E. 26**

Par acte du 12 mai 2014, l'assuré a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation. Préalablement, il a conclu, d'une part, à ce que le service de la douleur des HUG soit invité à déterminer si les douleurs engendrées par sa pathologie ont une incidence sur son rendement au travail et, dans l'affirmative, d'en quantifier le taux et, d'autre part, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. Le recourant a soutenu en substance que les critiques qui avaient été émises par la chambre de céans dans son arrêt du 24 août 2011 (ATAS/775/2011, p. 20) restaient d'actualité dans la mesure où le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 septembre 2013 ne donnait aucune explication objective sur les

contradictions entre les constatations faites par le Prof. L\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, et leurs conclusions. Il a rappelé à cet égard que dans un courrier du 18 janvier 2007 au Dr Q\_\_\_\_\_, ce praticien indiquait que le problème n'était pas réglé et que la gêne fonctionnelle du genou droit demeurait au centre des préoccupations actuelles (cf. pièce 7 recourant). Deuxièmement, le recourant a relevé que dans la décision de l'OAI du 24 janvier 2008, une incapacité de travail totale avait été retenue du 9 décembre 2004 (recte :

### **E. 30**

Par communication du 21 août 2014, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

### **E. 31**

Par courrier du 9 janvier 2015, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier à la doctoresse R\_\_\_\_\_, médecin adjointe au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC) des HUG, sous la supervision de la professeure S\_\_\_\_\_, cheffe de service, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 20 février 2015 pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation.

### **E. 32**

Par écriture du 20 février 2015, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucun motif de récusation.

### **E. 33**

Par écriture du 20 février 2015, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire vu l'absence de motifs la justifiant. Si par impossible la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il a

A/1331/2014 - 12/21 - indiqué n'avoir pas de motifs de récusation à l'encontre des experts et a demandé de compléter les questions à leur poser.

## **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) 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. 2. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1 ; 335 consid. 1.2 ;

ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, au regard des faits déterminants, sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012. 3. Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton ou la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA). Suite à la notification de la décision querellée le 26 mars 2014, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Suspendu du 13 au 27 avril 2014, il est arrivé à échéance le samedi 10 mai 2014. Posté le lundi 12 mai 2014, le

A/1331/2014 - 13/21 - recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a limité dans le temps le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2004 au 30 septembre 2005, singulièrement si l'intimé a considéré à juste titre qu'à partir de juillet 2005, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). 6. a) 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). Aux termes de l'art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 exigibles.

b) S'agissant du droit à une rente, l'art. 28 al. 1er LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

Le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). c/aa) 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 malade, 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

A/1331/2014 - 14/21 - objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). c/bb) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 N° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/1331/2014 - 15/21 -

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

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

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). 8. a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

b/aa) Lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise s'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur

A/1331/2014 - 16/21 - probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi 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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). b/bb) Par arrêt du 9 septembre 2003, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que lorsque le rapport d'un médecin doit être considéré comme faisant partie intégrante d'une expertise pluridisciplinaire à laquelle a été soumis un assuré, on ne saurait juger de sa valeur probante en le prenant isolément (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 423/03 du 9 septembre 2003 consid. 4.4). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral

avait cependant dénié toute valeur probante au seul volet psychiatrique d'une expertise pluridisciplinaire. Sur quoi, il avait annulé le jugement entrepris et renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle en complète l'instruction en mettant (uniquement) en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique avant de rendre une nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 5.2 et 5.3). 9. En l'espèce, la décision querellée est fondée sur le rapport d'expertise du CEMED du 27 septembre 2013. Il en ressort que l'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), dans un contexte réactionnel à des problèmes biopsychosociaux, évoluant depuis 2006 et ayant vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 est sans répercussion sur la capacité de travail. Il en va de même du trouble somatoforme, type somatisation (F45.0) présent depuis une dizaine d'années, de la spondylarthrose cervicale et lombaire présente depuis 2004 et de l'obésité de classe III. Selon les experts, seul le diagnostic de gonarthrose bilatérale, prédominant à droite, présent depuis plusieurs années, a une répercussion sur la capacité de travail, qui est complète dans une activité adaptée dès fin 2005. Leur rapport a été établi suite à des examens neurologique, orthopédique, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne générale ainsi que sur la base d'une anamnèse médicale, socioprofessionnelle et familiale, sur le dossier médical et radiologique du recourant et sur ses plaintes. Un monitoring pharmaco-thérapeutique a également été effectué. Si, d'un point de vue physique, les conclusions des somaticiens apparaissent claires, motivées et dépourvues de contradictions, il n'en va pas de même du volet psychiatrique de l'expertise. Certes les diagnostics ont été posés. Toutefois, le rapport de l'experte psychiatre demeure lacunaire, peu motivé, imprécis voire contradictoire. Celle-ci relève que l'épisode dépressif moyen du recourant a évolué depuis 2006 au point d'avoir vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 tout en faisant état, au conditionnel (« il semblerait que [...] ») d'une légère amélioration depuis le mois de mars 2013. La Dresse I\_\_\_\_\_ indique certes que la psychiatre traitante a diagnostiqué en 2008 un épisode dépressif moyen (F32.10) et des troubles somatoformes (F45.0) sans faire expressément état

A/1331/2014 - 17/21 - d'une incapacité de travail (cf. pièce 75 intimé, p. 4 et pièce 128 intimé, p. 32), il n'en reste pas moins que ces affirmations sont partiellement inexactes et reflètent un examen sommaire du dossier : Premièrement, la Dresse C\_\_\_\_\_ a déjà posé ces diagnostics en 2006. À cette époque, elle situait l'incapacité de travail découlant de ces diagnostics en 2003 (cf. pièce 25 intimé). Deuxièmement, l'experte psychiatre passe sous silence le fait qu'en octobre 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_ disait assister à la péjoration de l'état psychique du recourant, celui-ci verbalisant, déjà à cette époque, « de plus en plus souvent [...] les idées de la mort » (pièce 75 intimé p. 4 et pièce 86 intimé, p. 66). Pour sa part, l'experte ne retient la présence de telles idées qu'à fin décembre 2012, sans donner d'explications sur cet écart de plus de quatre ans. Or, dans la mesure où l'experte considère elle-même que l'état psychique présenté par l'assuré avait vraisemblablement un impact sur sa capacité de travail fin 2012, elle reste trop vague sur un aspect essentiel du dossier. On cherche également en vain une prise de position de celle-ci sur le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 3 juin 2008. On relève à cet égard que ce médecin a posé un diagnostic différent de celui de la Dresse C\_\_\_\_\_ et de l'experte, puisqu'il mentionne un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) tout en écartant un éventuel trouble somatoforme douloureux (cf. pièce 60 intimé, p. 4), à l'instar de la Dresse T\_\_\_\_\_ (pièce

intimé, p. 2). Or, dans sa décision du 24 juillet 2008, l'intimé s'était précisément fondé sur les rapports du Dr E\_\_\_\_\_, du 3 juin 2008, et de la Dresse Sylvie D\_\_\_\_\_, du 6 juin 2008 (pièce 60 intimé, p. 1), pour reconnaître une incapacité de travail complète du recourant, même dans une activité adaptée, du 1er janvier 2006 au 31 août 2006. Dans son arrêt du 24 août 2011 (ATAS/775/2011), la chambre de céans avait déjà constaté que sur le plan psychiatrique, les conclusions médicales étaient diamétralement opposées. D'une part, les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ avaient considéré que l'épisode dépressif, apparu en janvier 2006, s'était stabilisé trois à quatre mois après l'introduction d'un traitement médicamenteux, soit dès le mois d'août 2006. D'autre part, la Dresse C\_\_\_\_\_, dans ses rapports du 1er novembre 2008 et du 6 novembre 2009 (pièce 86 intimé, p. 66 et 67) avait constaté une aggravation de l'état psychique du recourant. Force est de constater que les critiques émises par la chambre de céans dans son arrêt du 24 août 2011 demeurent d'actualité. En effet, le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ ne fait non seulement pas la lumière sur les divergences évoquées, il soulève des interrogations supplémentaires en faisant état d'une incapacité de travail qui aurait « vraisemblablement » débuté fin 2012, tout en faisant l'impasse sur l'aggravation de l'état psychique que la Dresse C\_\_\_\_\_ mentionnait déjà en 2008. Au regard de ces éléments, le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 27 septembre 2013 est dépourvu de valeur probante. Pour le surplus, les autres rapports médicaux se rapportant à l'état psychique du recourant ne sont pas suffisamment motivés et circonstanciés pour permettre à la

A/1331/2014 - 18/21 - chambre de céans de statuer sur cet état et son incidence sur la capacité de travail de l'intéressé.

En conséquence, une expertise psychiatrique s'avère nécessaire. Au regard de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_104/2014 précité (cf. consid. 8b/bb supra), il ne s'impose pas d'étendre cette expertise judiciaire aux volets somatiques déjà traités dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 septembre 2013.

A/1331/2014 - 19/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement : 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, du dossier de la présente procédure et si nécessaire, après avoir requis tous renseignements auprès des médecins ayant examiné l'assuré et avoir effectué tout examen indispensable. 2. Commet à cette fin la docteure R\_\_\_\_\_, médecin adjointe au Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC) des HUG, sous la supervision de la professeure S\_\_\_\_\_, cheffe de service au SPLIC. 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : a) Anamnèse b) Données subjectives de l'assuré c) Constatations objectives et évolution du status depuis fin septembre 2003 d) Diagnostic(s) avec et sans répercussion sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique selon la classification internationale e) Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ? f) En cas de troubles psychiques : f/aa) Dans l'affirmative, depuis quand l'assuré souffre-t-il de troubles psychiques ? f/bb) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (degré faible, moyen ou grave) ? f/cc) Depuis quelle date sont-ils présents chez l'assuré ?

f/dd) Y a-t-il eu une fluctuation dans la gravité des troubles psychiques entre fin septembre 2003 et le mois de mars 2014 ? Si oui, quelle a été leur évolution ? f/ee) Quel traitement est indiqué ? L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Dans la négative, quel est le traitement indiqué ? - f/ff) Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

g) Existe-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui :  
g/aa) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être

A/1331/2014 - 20/21 - considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ? g/bb) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? g/cc) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? g/dd) L'assuré subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? g/ee) Existe-t-il chez l'assuré un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? g/ff) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ? g/gg) Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il surmonte ses douleurs et qu'il réintègre le monde du travail ? En cas de réponse négative, veuillez indiquer les éléments que vous avez retenus pour justifier votre position. h) Compte tenu de votre/vos diagnostic(s), quelle est la capacité de travail de l'assuré, en pourcent ou en heures par jour : h/aa) dans l'activité habituelle h/bb) dans une activité adaptée (indiquer quel(s) domaine(s) d'activité(s) compte tenu des limitations fonctionnelles)

h/cc) Depuis quelle(s) date(s) ?

h/dd) Outre la capacité de travail retenue ci-dessus, doit-on s'attendre à une diminution de rendement (dans l'activité habituelle, respectivement dans l'activité adaptée) ? si oui, dans quelle mesure (en pourcent ou en heures par jour) ? h/ee) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? h/ff) Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? i) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Veuillez motiver votre réponse. j) Invite l'expert à se prononcer sur les conclusions de l'experte I\_\_\_\_\_ (rapport du CEMED du 27 septembre 2013). Partagez-vous en particulier son avis, en ce qu'il a trait à la constatation d'un trouble somatoforme, type somatisation

A/1331/2014 - 21/21 - (F45.0) depuis une dizaine d'années, coexistant avec un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) dont l'évolution depuis 2006 a « vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 » ? Si oui, l'état de santé de l'assuré s'est-il modifié depuis fin 2012 au point de ne plus constituer une atteinte psychique grave et incapacitante ? En cas de divergence, veuillez motiver votre point de vue. k) Invite l'expert à se prononcer sur l'avis de la Dresse M\_\_\_\_\_ (rapport SMR du 22 octobre 2013). Partagez-vous l'appréciation de ce médecin, à savoir qu'on ne saurait retenir l'existence d'une atteinte psychique grave et durablement incapacitante compte tenu de l'absence de suivi psychiatrique depuis début 2013, de l'arrêt du traitement antidépresseur en mai 2013 et de la mauvaise observance thérapeutique du traitement par Abilify ? Si non, pour quels motifs ? l) À la différence de l'experte I\_\_\_\_\_, la Dresse C\_\_\_\_\_ retient un épisode dépressif moyen (F32.10) ainsi que des troubles somatoformes (F45.0) (cf. notamment ses rapports des 26 octobre 2006 et du 31 octobre 2008). Comment vous déterminez-vous sur cette différence de diagnostic ? m) Partagez-vous l'avis des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ (rapports SMR des 3 et 6 juin 2008) ? En particulier pour ce qui a trait à l'absence de trouble somatoforme douloureux d'une part, et au diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.11), n'ayant pas de

répercussion sur la capacité de travail de longue durée (incapacité de janvier 2006 à août 2006) d'autre part ? Si non, pour quels motifs ? n) Dans ses rapports des 31 octobre 2008 et du 1er novembre 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_ fait état d'une péjoration de l'état psychique de l'assuré. Si tel est le cas, cette péjoration était-elle grave au point d'être incapacitante ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure (taux d'incapacité), depuis quand et jusqu'à quand ? o) Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 5. Réserve le sort des frais et le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDÉ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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