

GE_GERICHTE ATAS/326/2011 vom 4. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_326_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/326/2011 du 4 avril 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/326/2011 del 4 aprile 2011

Erwägungen

E. 13

Par décision sur opposition du 29 juillet 2004, Y _____ a nié le rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques que présentait l'assuré et l'accident du 22 novembre 2002, qu'elle a qualifié de peu de gravité. Elle a cependant admis de verser ses prestations jusqu'au 21 mai 2003.

E. 14

L'assuré a interjeté recours en date du 29 octobre 2004. Dans le cadre de cette procédure (A/2220/2004), le Tribunal (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a procédé à l'audition des Dr D _____ et F _____. Le Dr D _____ a précisé qu'il suivait le recourant depuis le mois de mai 2003. Il présentait de multiples troubles et un état dépressif moyen à sévère, réactionnel à l'accident de novembre 2002. Il avait traité son patient sur le plan psychologique par la prescription de somnifères et une psychothérapie, à raison d'entretiens toutes les deux semaines. La situation ne s'améliorant pas, il l'avait adressé, en juillet 2003, à son confrère, médecin psychiatre, le Dr F _____. Ce dernier a indiqué qu'il soignait le recourant depuis le 8 août 2003 et qu'après avoir effectué des tests d'évaluation, il avait posé le diagnostic de stress post-traumatique. Selon lui, les conclusions du Dr G _____ n'étaient pas contraires aux siennes; il n'était toutefois pas d'accord avec la date de la reprise du travail. Il a confirmé avoir fixé la date de la reprise de travail au 11 octobre 2004.

E. 15

L'OAI a ordonné un expertise psychiatrique et a mandaté à cet effet la Dresse H _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Dans son rapport du 25 mai 2005, l'expert a expliqué que l'assuré se disait complètement "cassé", avait le sentiment d'être brisé, se sentait "moins que nul", ayant perdu la dignité, car il n'arrivait pas à répondre aux besoins financiers de ses enfants. Son frère de France lui avait prêté de l'argent. Il se disait triste, ne parvenait pas à dormir malgré la prise de somnifères, il lui arrivait de rêver à des choses tristes, par exemples des funérailles. Il avait tendance à se renfermer, car il craignait de rencontrer des gens qui lui poseraient des questions. Il a décrit aussi de vagues idées de persécution (on le regardait bizarrement, pensait qu'il y avait quelqu'un dans l'appartement). Il a

- 5/24-

A/1943/2009 aussi décrit des accès d'anxiété fréquents. Au status clinique, l'expert a relevé que, durant l'entretien, l'assuré exprimait une détresse, une espèce d'impuissance, il était triste, par moment désespéré et exprimait des soucis par rapport à son état de santé. Il présentait une labilité émotionnelle, mais pas d'irritabilité, ni de symptômes de la lignée psychotique. L'expert a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes

psychotiques (F32.2), présent depuis 2003, et un autre trouble spécifique de la personnalité (narcissique) (F60.8), présent depuis l'adolescence. A cette époque, l'expertisé avait beaucoup de difficultés à faire face et à supporter son état de santé avec des douleurs régulières et un état dépressif grave avec symptômes de dévalorisation, tristesse, sentiments d'incurabilité, d'inutilité et il était complètement incapable d'envisager une reprise de travail. Selon l'expert, la capacité de travail de l'assuré ne dépassait pas 20%, depuis novembre 2002 et au moment de l'expertise, il n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel, car il était très méfiant. Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables. La Dresse H _____ considérait qu'il fallait continuer le suivi psychiatrique et revoir la question dans deux ans.

E. 16

Par arrêt du 28 septembre 2005 (ATAS/817/05), le Tribunal de céans (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a rejeté le recours de l'assuré en matière d'assurance-accidents, considérant que le trouble psychique n'était pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident du 22 novembre 2004. En outre, les conditions d'un état de stress post-traumatique n'étaient pas réalisées au regard de la jurisprudence.

E. 17

Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été rejeté par arrêt du

E. 20

Le 14 mars 2006, le Dr F _____ a écrit à l'OAI que le patient n'était pas guéri. Le stress post-traumatique avait duré deux ans et engendré par la suite un syndrome dépressif grave qui avait nécessité une reprise du suivi psychiatrique à la demande du Dr D _____, ce que la Dresse H _____ avait constaté par la suite. La demande de rente AI à 100% était justifiée en raison du stress post-traumatique dans un premier temps, puis du syndrome dépressif grave.

E. 21

Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2003 au 31 décembre 2004. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toutes activités professionnelles, mais qu'à compter du 1er octobre 2004, il ne souffrait plus d'aucune atteinte à la santé engendrant une quelconque incapacité de travail.

E. 22

Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition en date du 4 mai 2006, contestant la suppression de la rente. Il a fait grief à l'OAI de s'être fondé sur deux rapports d'expertise du Dr G _____ effectués en 2004 pour l'assureur-accidents et d'avoir écarté l'expertise de la Dresse H _____ - du 25 mai 2005. Il relevait que le Dr F _____ avait confirmé qu'il n'était pas guéri et que la demande de rente AI à 100% était justifiée.

E. 23

L'OAI a confié une nouvelle expertise au Dr J _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Dans son rapport du 7 novembre 2006, l'expert a diagnostiqué une dysthymie (F34.1 selon la CIM-10) qui engendrait théoriquement une incapacité de travail entre 0 et 30%. Il a indiqué par ailleurs qu'il ne voyait aucune raison qui aurait

empêché une récupération sur le plan psychique depuis 2004 et que c'était le processus conflictuel et d'invalidation qui avait empêché sa réalisation.

- 7/24-

A/1943/2009

E. 24

Dans un rapport adressé à l'OAI le 11 décembre 2006, le Dr F_____, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, a relevé que l'expert avait adopté une méthodologie originale mais non-standard, ce qui conduisait à une grande subjectivité et des conclusions loin d'une objectivité indispensable dans ce type de rapport. L'expert avait clairement signalé que l'assuré déprimait et reconnaissait que le traitement pratiqué par le psychiatre traitant avait donné un bon résultat. Il méconnaissait cependant quelle était la vraie définition du terme de "mal-être social" qui était un terme subjectif. S'agissant de l'échelle AMDP utilisée par l'expert, c'était un bon instrument pour les données anamnestiques et les données psychopathologiques mais, selon le Dr F_____, la cotation effectuée par l'expert n'était pas standard. Il a maintenu que le patient avait besoin d'une rente AI.

E. 25

Par décision du 26 février 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré.

E. 26

Représenté par son mandataire, l'assuré a interjeté recours le 29 mars 2007. Il a soutenu que si la méthode utilisée par l'expert J_____ était bien exacte, l'application des critères selon la CIM-10 était clairement erronée, dans la mesure où les trois critères A de la dépression grave étaient bien présents et que, s'agissant des critères B, il se plaignait d'une diminution et de difficultés de la concentration ou de la tension et d'une diminution de l'appétit. Il a contesté par ailleurs l'affirmation selon laquelle la relation entre lui et son médecin traitant serait à ce point proche qu'il utiliserait le tutoiement. Il s'est référé pour le surplus aux rapports que le Dr F_____ avait adressés à l'OAI. Il a conclu préalablement à ce qu'une expertise médicale neutre fût mise en œuvre chez le Dr K_____, de l'Institut universitaire de médecine légale et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E. 27

Dans sa réponse du 31 mai 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à l'expertise du Dr J_____.

E. 28

Le 6 juin 2007, le recourant a transmis au Tribunal de céans (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) copie d'un courrier du Dr F_____, dans lequel le psychiatre confirmait que, de son point de vue, la cotation effectuée par l'expert J_____ n'était pas standard.

E. 29

Après avoir soumis le dossier au SMR, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

E. 30

Par courrier daté du 10 octobre 2007 (recte : 8 avril 2008), le recourant a communiqué au Tribunal (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) une expertise

réalisée à sa demande par le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du Centre médical universitaire (CMU) des HUG, ainsi que copie d'un rapport du Dr D_____.

- 8/24-

A/1943/2009 a) Dans son rapport d'expertise du 2 avril 2008, le Dr K_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.1). Il a expliqué que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne pouvait plus être retenu, le patient ne se plaignant plus de symptômes de ce type y relatifs. S'agissant des troubles dépressifs, le médecin a relevé qu'il était incontestable que l'expertisé présentait depuis plusieurs années des troubles dépressifs chroniques qui avaient été diagnostiqués par tous les médecins qui l'avaient examiné. Le tableau clinique à cette époque comprenait trois symptômes de base du trouble dépressif, c'est-à-dire humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles et réduction de l'énergie et fatigabilité, ainsi que quatre symptômes additionnels, ce qui correspondait au regard de la CIM-10 à un épisode dépressif moyen. Le score à l'échelle de Hamilton 17 items était de 20, ce qui confirmait ceci. Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par le Dr G_____, il devait être écarté, car ce diagnostic ne pouvait théoriquement pas coexister avec un trouble affectif lorsque celui-ci était prédominant, comme ici. La capacité de travail de l'expertisé, sur le plan psychiatrique, était nulle dans l'ancienne profession depuis 2003; dans une activité adaptée à l'état de santé, tenant compte de sa faible résistance au stress, ne nécessitant pas de déplacements fréquents, sans charge de stress important ni d'obligation d'initiative ou de rendement notable, ni nécessité d'apprentissage ou d'adaptation particulièrement prononcée, une capacité de travail de 50% au maximum pouvait être admise. Sur le plan somatique, le Dr K_____ a indiqué qu'un bilan à visée diagnostique devait être réalisé concernant une symptomatologie rhumatismale (lombo-sciatalgies et poignet gauche) et ORL (acouphènes gauches). b) Quant au Dr D_____, il a relevé dans son certificat du 7 avril 2008 que le patient présentait une affection cardio-vasculaire, des troubles ostéo- articulaires et un problème d'audition allant en s'aggravant, avec acouphène.

E. 31

Dans ses conclusions du 23 mai 2008, après avoir requis l'avis du SMR, l'OAI a relevé que les différents avis n'aboutissaient pas à des conclusions identiques, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était souhaitable, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail globale du recourant.

E. 32

Par arrêt du 9 juillet 2008, le Tribunal de céans (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a annulé les décisions de l'OAI des 4 mai 2006 et 26 février 2007 en tant qu'elles reconnaissaient au recourant une capacité de travail entière dans toutes activités à partir du mois d'octobre 2004, a renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire et rende une nouvelle décision. Il a constaté que tant les diagnostics psychiatriques que

- 9/24-

A/1943/2009 l'évaluation de la capacité de travail en résultant étaient totalement contradictoires entre les différents médecins. Il y avait par ailleurs des atteintes à la santé

physique qu'il convenait de déterminer.

E. 33

En octobre 2008, l'OAI a adressé une demande d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale situé à Champel (GE), fonctionnant comme Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI).

E. 34

Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire (rhumatologique, ORL et psychiatrique) du 9 mars 2009, après avoir exposé les antécédents familiaux et personnels, les anamnèses systémique, sociale et professionnelle, et les constatations faites, notamment sur la base d'une évaluation ORL effectuée par la Dresse L_____, spécialiste FMH en ORL, et d'une évaluation psychiatrique effectuée par la Dresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, les Dresse N_____, médecin-chef adjoint, Dresse U_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Dr P_____, médecin-chef, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif épisode actuel entre moyen et léger (F32.1) versus dysthymie (F34.1) dès 2002/2003, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dès 2004, une surdité pratiquement totale à gauche (atteinte auditive de 94,5%), une hypoacousie droite (atteinte auditive de 24,9%), une maladie de Ménière dès 1987 et des acouphènes dès 1987, et, sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés (discopathie C5-C6, C6-C7), des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques (hyperlordose lombaire, discrète scoliose dorso-lombaire), des troubles dégénératifs (discopathie L5-S1) et une dysbalance musculaire.

Sur le plan rhumatologique / orthopédique, les experts ont indiqué que le problème concernant la cheville gauche était résolu.

Sur le plan cervico-dorso-lombaire, ils ont indiqué qu'en l'absence de tout argument anamnestique, clinique, biologique ou radiologique en faveur d'une étiologie inflammatoire, immunologique, neurologique ou endocrinienne à cette symptomatologie algique concernant le rachis, le poignet et la main droits, les avant-pieds des deux côtés, les experts retenaient des cervico-dorso-lombalgies chroniques de type "mécanique" dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés. Ils en ont conclu qu'en ce qui concerne l'aspect musculo-squelettique, l'activité d'agent d'assurance ou toute activité analogue était exigible à raison de 8 heures par jour, sans perte de rendement que, dans une telle activité ou une activité analogue aucune limitation fonctionnelle n'était à retenir, que, de façon générale, au vu des troubles statiques et dégénératifs rachidiens radiologiquement objectivés, seules des limitations telles que le port itératif de charges plus de 10 à 15 kg, des

- 10/24-

A/1943/2009 mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pourraient être admises uniquement pour des activités reconnues comme physiquement lourdes; l'assuré pourrait ainsi reprendre une activité dans le secteur hôtelier, à raison de 8 heures par jour et sans perte de rendement, à condition cette fois que sur le plan physique les limitations susmentionnées soient respectées.

Sur le plan otologique, les experts se sont référés à l'évaluation de la Dresse L_____ qui a objectivé une surdité presque totale à gauche (atteinte auditive de 94,5%), modérée à droite (atteinte auditive de 24,9%), ainsi que l'existence d'acouphènes en relation avec ces

atteintes auditives, et qui a estimé qu'une activité en milieu calme, sans sollicitation auditive importante, pourrait être exercée à 100%, alors qu'une activité en milieu hôtelier avec contact de la clientèle ou comme agent d'assurance (contact avec les clients, déplacements en voiture fréquents, fréquentation de milieux bruyants pour réaliser ses affaires) ne lui semblait plus exigible de l'assuré.

Sur le plan psychique, les experts se sont référés à l'évaluation de la Dresse M_____ qui a relevé que l'assuré souffrait incontestablement d'une problématique dépressive depuis au moins 2002-2003, en précisant qu'aucune des six expertises psychiatriques effectuées jusque-là n'avait exclu ce diagnostic, la divergence concernant l'intensité de la dépression qui avait probablement été évolutive. Au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique, la Dresse M_____ a retenu un trouble dépressif, épisode actuel entre moyen et léger (F32.1) versus une dysthymie (F34.1), qui diminuait la capacité de travail, et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), malgré l'existence d'un épisode dépressif. L'expert a encore relevé que les traits de personnalité de l'assuré (hystérisés ou avec une tendance à l'exagération des symptômes), la théâtralité, l'exagération et parfois un comportement explosif allaient également dans le sens d'une tendance à l'expression corporelle de la souffrance psychique de l'expertisé. L'expert en psychiatrie a retenu une incapacité de travail, d'au maximum 30%, soit une capacité de travail à raison de 5 à 6 heures par jour sans diminution de rendement, tant dans l'ancienne activité que dans toute autre activité.

Les experts ont estimé que la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans son ancienne activité était totale sur le plan ostéo-articulaire, réduite à 70% pour des raisons psychiques, et finalement nulle pour des raisons otoneurologiques, depuis novembre 2002 et qu'elle n'avait pas évolué, essentiellement pour des raisons psychiques. Ils ont toutefois indiqué que cette capacité de travail pourrait être totale, si l'activité d'agent d'assurance impliquait une activité bureaucratique dans un environnement calme, sans sollicitation auditive importante, et dans la mesure où le traitement psychiatrique préconisé (adaptation d'une plus forte posologie de l'antidépresseur, voire un changement de molécule) s'avérerait efficace.

- 11/24-

A/1943/2009

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations pourrait être totale, en précisant toutefois qu'à ce moment, la capacité de travail était de 70% pour des raisons psychiques, un réexamen psychiatrique pour réévaluer cette capacité devant être fait dans 6 à 12 mois.

E. 35

Dans un projet de décision du 11 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de confirmer sa décision du 27 avril 2004, en se référant à un avis du SMR selon lequel les conclusions du rapport du SMR du 24 novembre 2005 demeuraient valables et qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de son état de santé depuis lors.

E. 36

Par courrier de son avocat du 9 avril 2009, le recourant s'est opposé au projet de décision, en joignant une lettre du Dr F_____ du 27 mars 2009 dans laquelle ce dernier manifestait ses désaccords avec l'expertise de la Dresse M_____ et retenait une

incapacité de travail totale.

E. 37

Dans un avis médical du SMR du 9 avril 2009, la Dresse Q _____, sans spécialisation indiquée, a retenu que les diagnostics des experts du Centre d'expertise médicale étaient parfaitement superposables aux diagnostics retenus dans le rapport du SMR du 24 novembre 2005 complété par l'expertise du Dr J _____ qui retenait une dysthymie, que les experts avaient relevé une discordance entre l'importance des plaintes de l'assuré et les signes objectifs cliniques et radiologiques observés, ce qui avait déjà été retenu à l'époque, et qu'il était ainsi retenu que l'assuré avait une pleine capacité de travail comme agent d'assurance ou toute activité analogue et ce pour des raisons somatiques, quelques limitations fonctionnelles étant retenues pour des activités plus lourdes.

La Dresse Q _____ a ajouté qu'en ce qui concerne le problème otologique, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans un milieu calme, sans sollicitation auditive importante, ce qui ne serait pas le cas dans un milieu hôtelier pour l'expert ni dans une activité d'agent d'assurance, mais qu'elle ne comprenait pas pourquoi une activité d'agent d'assurance n'était pas adaptée et ne partageait pas l'avis de l'expert.

En ce qui concerne l'avis psychique, la Dresse Q _____ a indiqué qu'elle ne partageait pas l'avis de la Dresse M _____, selon lequel les pathologies diminuaient la capacité de travail et le trouble somatoforme était retenu comme incapacitant, raison pour laquelle elle avait retenu une incapacité de travail d'au maximum 30%. En effet, la Dresse M _____ n'avait pas procédé à l'examen des critères de gravité du trouble somatoforme et le médecin du SMR estimait que l'évolution au cours de toutes ces années était parfaitement superposable et stationnaire, de sorte qu'il fallait plutôt retenir le diagnostic de dysthymie (trouble

- 12/24-

A/1943/2009 dépressif mineur d'accompagnement aux douleurs). Ce qu'il fallait mettre en évidence était la discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, même si certaines atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles. Elle a estimé que le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant et que l'assuré était à même de surmonter ses douleurs, preuve en était qu'il arrivait parfaitement à téléphoner au SMR pour prendre des renseignements sur son dossier.

La Dresse Q _____ en a conclu que les conclusions du rapport du SMR du 24 novembre 2005 étaient toujours parfaitement valables et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis lors, l'assuré souffrant toujours d'un trouble somatoforme non-incapacitant.

E. 38

Par décision du 4 mai 2009, l'OAI a confirmé sa décision du 27 avril 2006 (ch. 23 supra).

E. 39

Dans un avis médical du SMR du 14 mai 2009, la Dresse Q _____ s'est déterminée sur l'avis du Dr F _____ joint à l'opposition de l'assuré du 9 avril 2009, en retenant que le Dr J _____ avait été mandaté en tant qu'expert et s'était basé sur les critères admis par la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce qui n'avait été fait ni par la Dresse M _____, ni par le Dr K _____, puisque ce qui importait étaient les répercussions et non les

diagnostics et que ces répercussions devaient être corrélées avec le fonctionnement dans tous les domaines de la vie de l'assuré, que la quantification de l'épisode dépressif actuel avait été fait selon les critères CIM-10 qui étaient de vigueur puisqu'ils étaient objectifs et non selon des échelles subjectives comme le MADRS ou Hamilton, que la question de savoir si le traitement pharmacologique était suffisant ou insuffisant était de peu d'importance sachant que l'assuré était censé mettre tout en œuvre pour réduire son dommage et qu'enfin, le fait que la Dresse M_____ n'ait vu l'assuré qu'une fois pendant deux heures n'était pas un argument médical convaincant pour dire que ses conclusions devaient être rejetées. La Dresse Q_____ en a conclu que le rapport du Dr F_____ n'apportait aucun élément nouveau et que c'était à raison que le 4 mai 2009, l'OAI avait confirmé la décision de refus de prestations AI.

E. 40

Le 12 mai 2009, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a mandaté le Dr K_____ afin de lui demander d'indiquer les affections dont il souffrait à ce moment, de dire s'il partageait les conclusions du Centre d'expertise médicale, dont le rapport lui avait déjà été remis, et, si non, d'expliquer pourquoi, et, enfin, de déterminer son degré de capacité de travail compte tenu de l'ensemble des diagnostics retenus.

- 13/24-

A/1943/2009

Dans un rapport du 19 mai 2009, après avoir examiné le recourant le 20 avril 2009, le Dr K_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F 32.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), une maladie de Ménière avec surdité presque totale à gauche et hypoacousie droite, des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés et des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Il a précisé que, concernant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qu'il avait écarté lors de son rapport du 2 avril 2008, il se rangeait aux arguments de la Dresse M_____ selon lesquels ce syndrome évoluait indépendamment du trouble dépressif et devait donc être retenu comme une entité diagnostique distincte.

Par rapport aux conclusions du Centre d'expertise médicale, le Dr K_____ a indiqué qu'il partageait les conclusions en ce qui concernait les diagnostics posés à la page 15 du rapport, ainsi que la conclusion selon laquelle le recourant présentait une incapacité totale à exercer la profession d'agent d'assurance citée en page 20. Par contre, il ne partageait pas les conclusions de ce rapport en ce qui concernait les possibilités de réadaptation professionnelle du recourant. Il a contesté la conclusion de l'expertise de la Dresse M_____ selon laquelle les troubles psychiques du recourant entraînaient une incapacité de travail de maximum 30%, tant dans l'ancienne activité que dans une autre activité, en expliquant que le recourant souffrait d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, qu'il était reconnu que les troubles dus à cette maladie ne pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible qu'en l'absence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, que dans le cas du recourant, il fallait constater la présence d'une comorbidité psychiatrique à type de trouble dépressif d'intensité moyenne, évoluant indépendamment du trouble somatoforme douloureux, que ce trouble dépressif ne pouvait pas être considéré comme la conséquence du trouble somatoforme douloureux, puisqu'il

était antérieur à ce trouble (cf. page 15 de l'expertise du Centre d'expertise médicale). Il a rappelé qu'il avait estimé dans son rapport du 2 avril 2008 qu'en lui-même, ce trouble dépressif entraînait une incapacité de travail de 50% et qu'associé au syndrome douloureux somatoforme persistant, il constituait une comorbidité psychiatrique de nature à annihiler totalement les efforts de volonté nécessaires au recouvrement d'une capacité de travail. Par ailleurs, le trouble somatoforme douloureux était accompagné d'une affection corporelle chronique à type de syndrome de Ménière. Ce trouble évoluait sans rémission durable depuis 1987 et constituait également un facteur d'affaiblissement considérable de l'état de santé général du recourant. De plus, il fallait constater que le syndrome douloureux somatoforme persistant avait entraîné une perte d'intégration sociale majeure, avec un retrait dans tous les domaines de la vie sociale du recourant, que ce retrait avait d'ailleurs été constaté dans l'expertise du

- 14/24-

A/1943/2009 Centre d'expertise médicale à la page 9, sous chapitre «Activités sociales, loisirs, sport», qu'il apparaissait que le recourant non seulement n'avait plus aucune activité professionnelle, mais également n'avait pas d'activité de loisirs, avait très peu de contacts sociaux, vivait de façon très isolée et avait même renoncé à la plupart de ses contacts familiaux. Enfin, il fallait constater que l'état psychique actuel était cristallisé puisqu'il ne présentait plus aucune évolution sur le plan thérapeutique et que, depuis la date de l'accident, soit 2002, le recourant était installé dans une position de malade qui constituait le résultat d'un processus défectueux de résolution du conflit et qui correspondait à un état d'équilibre morbide de son fonctionnement psychique interne.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant, le Dr K_____ a estimé qu'en raison du syndrome douloureux somatoforme persistant, associé à un trouble dépressif chronique et à une maladie somatique également chronique, avec échec de tous les traitements mis en œuvre, perte d'intégration sociale et état cristallisé, la capacité de travail résiduelle du recourant était nulle dans toute profession.

E. 41

Le 4 juin 2009, par l'entremise de son avocat, l'assuré a recouru contre la décision du 4 mai 2009, en concluant à l'annulation de cette dernière et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2005.

A l'appui de son recours, l'assuré a exposé que c'était à tort que l'OAI a retenu qu'il souffrirait d'un trouble somatoforme non-incapacitant, que les experts mandatés par l'OAI avaient pourtant retenu qu'il souffrait de troubles ayant une influence sur sa capacité de travail, que le Dr K_____ avait retenu une incapacité de travail totale, qu'à son âge, il estimait vain la réadaptation professionnelle préconisée par les experts, et que l'avis du SMR de 2005 auquel s'était référé l'OAI ne prenait pas en compte ses problèmes auditifs.

E. 42

Dans un avis médical du SMR du 23 juin 2009, la Dresse Q_____ s'est déterminée sur le rapport du Dr K_____ du 19 mai 2009, en retenant qu'il était regrettable que ce dernier ne contienne pas d'anamnèse ni de status détaillé. Quant aux commentaires du Dr K_____ concernant le trouble dépressif qui ne pouvait être considéré comme la conséquence du trouble somatoforme douloureux, puisque, selon lui, il serait antérieur à ce trouble, la Dresse Q_____ a déclaré ne pas partager cet avis pour le motif que l'assuré

n'avait jamais présenté de maladie psychiatrique incapacitante auparavant. Elle a estimé que le rapport du Dr K_____ n'apportait aucun élément convainquant, puisqu'il n'avait pas relaté l'anamnèse ni le status constaté lors de son entretien, et qu'il avait une appréciation fort différente des critères de la jurisprudence qu'elle ne partageait pas. En conclusion, elle s'est référée à son précédent avis.

- 15/24-

A/1943/2009

E. 43

Dans sa réponse du 26 juin 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux avis du SMR des 9 avril 2009 et 23 juin 2009.

E. 44

Par lettre de son conseil du 8 septembre 2009, le recourant a relevé que la critique de la Dresse Q_____ selon laquelle le rapport du Dr K_____ du 19 mai 2009 ne serait pas déterminant au motif qu'il ne comportait pas l'anamnèse de l'assuré était mal fondée, essentiellement dans la mesure où le médecin précité avait déjà exposé cette anamnèse dans son précédent rapport du 2 avril 2008.

E. 45

Lors de son audition par le Tribunal de céans (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 3 décembre 2009, après avoir pris connaissance du rapport du Dr K_____ du 19 mai 2009, la Dresse M_____ a déclaré que, dans son rapport du 28 novembre 2008, elle avait dû examiner les divers avis des experts qui avaient examiné le recourant, y compris le premier rapport du Dr K_____. Aucun des médecins n'avait contesté la problématique de l'état dépressif. Dans son premier rapport, le Dr K_____ avait intégré la problématique douloureuse comme l'un des symptômes de l'état dépressif, ce qui n'était pas sa position dans son rapport. En analysant l'évolution dans le temps depuis 2002 jusqu'à 2008 de l'état dépressif, elle avait constaté qu'il y avait une évolution de l'intensité. En revanche, la problématique douloureuse demeurait constante. C'était le seul moyen de comprendre les divergences de diagnostic entre les divers psychiatres. L'état dépressif était toujours présent, mais était décrit par les différents médecins une fois comme trouble anxio-dépressif, d'autres fois comme trouble dépressif moyen ou léger, jusqu'à trouble dépressif sévère. La Dresse M_____ en a déduit que l'état dépressif avait évolué durant ce laps de temps. A partir du moment où le syndrome douloureux n'avait pas évolué de la même manière que l'état dépressif, elle avait estimé qu'il constituait un diagnostic à part. C'est ce qui expliquait la différence entre son rapport et le premier rapport du Dr K_____.

Elle était d'avis que le retrait social du recourant était relatif vu les contacts familiaux qu'il entretenait. Par rapport aux conclusions du Dr K_____, elle estimait qu'il s'agissait d'une différence d'appréciation et qu'il était difficile de se déterminer par rapport aux nouvelles conclusions du Dr K_____ dans la mesure où il admettait désormais ses diagnostics, mais se référait à son premier rapport en ce qui concernait l'incapacité de travail. Par rapport au syndrome de Ménière, elle a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie psychique, mais d'une maladie somatique, de sorte qu'elle n'avait pas d'influence sur le plan psychique et ne l'avait donc pas intégrée dans son appréciation. Concernant la perte d'intégration sociale, elle a indiqué qu'il s'agissait d'éléments provenant du patient que

l'on ne pouvait pas objectiver.

- 16/24-

A/1943/2009

Par rapport au traitement prodigué au recourant, qui, selon elle, n'était pas suffisant, elle a indiqué qu'elle avait constaté que le Dr K_____ n'avait pas tenu compte de cet élément. Elle était d'avis que l'état psychique du recourant pourrait être amélioré avec un traitement plus adéquat, en précisant qu'il avait suivi le même traitement durant plusieurs années à mêmes doses. Elle a précisé qu'il aurait fallu essayer d'autres médicaments, voire d'autres dosages. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas pris contact avec le psychiatre traitant du recourant à ce sujet, en précisant qu'il n'était pas dans le rôle d'un expert de prendre contact avec le psychiatre traitant pour discuter du traitement en cours. Elle a estimé que la capacité de travail du recourant de 30% en fonction de l'évaluation de son état au moment de l'expertise pourrait s'améliorer avec un traitement plus adéquat.

La Dresse M_____ a ajouté qu'il lui était difficile de se positionner par rapport aux conclusions du Dr K_____ en ce sens que ses diagnostics avaient évolué d'un rapport à l'autre, mais pas la capacité de travail. Elle n'arrivait donc pas à comprendre pour quelle raison ses conclusions seraient préférables aux siennes.

Elle avait constaté que le recourant faisait preuve d'une certaine exagération, sur la base de la modulation, de l'expression et de la tonalité de ses propos. Elle n'avait toutefois pas tenu compte de cet aspect dans l'appréciation de la capacité de travail. Elle n'avait pas pris contact avec le psychiatre traitant du recourant, son avis lui étant connu puisqu'elle disposait des rapports précédents.

Avant d'examiner le recourant, Dresse M_____ avait pris connaissance de la partie principale du rapport établi par la Dresse U_____. Ensuite seulement, elle avait intégré les précédents rapports psychiatriques lors de l'établissement du sien. Elle ne s'est pas souvenue si elle avait pris connaissance des rapports d'expertise établis précédemment, en précisant qu'elle avait pour habitude de ne pas le faire pour conserver un regard neutre.

Elle a précisé que le centre d'expertises médicales (COMAI) faisait appel à des médecins consultants, comme cela était le cas pour elle. Elle effectuait une dizaine d'expertises par mois pour le COMAI. Elle avait suivi une spécialisation pour effectuer des expertises, en particulier auprès du CMU. Son travail d'expertise représentait entre un tiers et la moitié de son activité (soit entre 1,5 et 2 jours par semaine). La rémunération pour une expertise était fixée selon un tarif établi et indépendamment des conclusions du rapport du médecin.

E. 46

Lors de son audition par le Tribunal de céans (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 3 décembre 2009, le Dr K_____ a déclaré qu'entre son premier rapport (du 2 avril 2008) et le second (du 19 mai 2009), l'OAI avait mis en œuvre un rapport d'expertise établi par un autre confrère. Dans son

- 17/24-

A/1943/2009 premier rapport, il avait déjà constaté que le recourant souffrait d'une pathologie dépressive et d'un trouble somatoforme douloureux. Il avait estimé à l'époque que ces deux pathologies se superposaient et qu'il n'y avait pas lieu de les distinguer. En consultant le rapport d'expertise de la Dresse M_____, il a constaté qu'elle avait

distingué ces deux pathologies et il s'est rendu à ses arguments.

Il ne partageait en revanche pas la conclusion de l'expert en ce qui concerne l'incapacité de travail du recourant. Il estimait qu'à côté des troubles somatoformes douloureux, il existait des facteurs qui annihilait sa volonté à lutter contre les effets de ce trouble somatoforme douloureux. Ces facteurs étaient d'une part l'état dépressif, d'autre part l'annihilation de toute intégration sociale, reconnue par la Dresse M _____, et enfin la cristallisation de la situation, qu'il n'estimait pas utile de démontrer. La différence entre les deux rapports s'expliquait par le diagnostic indépendant relatif au trouble somatoforme douloureux qui avait été posé, auquel s'ajoutaient les facteurs précités.

Le Dr K _____ a déclaré ne pas être d'accord avec l'avis de la Dresse M _____, selon lequel l'état dépressif serait passé du stade sévère à léger. Lorsqu'il avait examiné le recourant, lors de l'établissement de ses deux rapports, il avait constaté un état dépressif moyen. Un état dépressif moyen se détermine selon la classification CIM 10ème édition, en fonction de l'atteinte des fonctions de base (sommeil, appétit) et de la présence d'un certain nombre de symptômes supplémentaires (tristesse pathologique, isolement social, trouble de la concentration, etc.). Cet état ne nécessite habituellement pas d'hospitalisation, mais atteint les capacités de travail du patient. En cas d'état dépressif grave, il y a un risque suicidaire et donc fréquemment hospitalisation. Selon lui, il était difficile de donner une prépondérance à l'état dépressif ou au trouble somatoforme, estimant qu'ils coexistaient. Dans son deuxième rapport, il n'avait pas exposé l'anamnèse dans la mesure où il l'avait fait dans son premier rapport. Lors de l'examen du recourant, il n'avait pas constaté de tendance à l'exagération.

Le Dr K _____ considérait que le recourant était totalement incapable de travailler, dans toutes activités confondues, en raison de son affection psychique. Plus concrètement, il n'arrivait pas à trouver les ressources en lui pour surmonter ses problèmes eu égard au cumul des pathologies.

E. 47

Par courrier du 11 mai 2009, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du même jour dans lequel la Dresse Q _____ a indiqué que le Dr K _____ n'appliquait pas les critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral et que l'audition des témoins n'avait pas apporté d'élément nouveau.

- 18/24-

A/1943/2009

E. 48

Par lettre de son avocat du 28 mai 2010, le recourant a considéré avoir démontré que son incapacité de travail était totale ou, à tout le moins, supérieure à 80%, de sorte qu'un droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu, sans instruction complémentaire. Il a conclu à titre très subsidiaire à une nouvelle expertise. Il a critiqué le rapport d'expertise de la Dresse M _____ qui, selon lui, ne répondait pas aux critères fixés par la jurisprudence, tout mettant en doute son impartialité vu l'apport financier que lui procurait l'activité accessoire d'expert régulièrement mandaté par l'OAI.

E. 49

Par courrier du 6 décembre 2010, la Chambre de céans a informé les parties qu'il avait l'intention de mettre en œuvre une expertise pluri-disciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et otoneurologique) et de la confier au Bureau Romand d'Expertises Médicales (ci-après : BREM), en leur communiquant la mission d'expertise.

E. 50

Sur la base de l'avis médical du 9 décembre 2010 de la Dresse Q_____, l'intimé a fait savoir à la Chambre de céans, par écriture du 14 décembre 2010, qu'il n'avait pas de motif de récusation ni de questions complémentaires à ajouter à la mission d'expertise. 51. Par courrier du 16 décembre 2010, le recourant a déclaré n'avoir pas d'objections quant à l'expertise proposée, ni quant aux questions posées. Par rapport au choix des experts, il a indiqué qu'il conviendrait de connaître l'identité des médecins chargés de l'expertise. 52. Par courrier du 2 mars 2011, la Chambre de céans a informé les parties que, selon les informations finalement communiquées par le BREM, les experts pouvant se charger de la mission d'expertise seraient le Dr R_____ pour la partie rhumatologique et la Dresse S_____ pour la partie psychiatrique. Elle a ajouté que, pour la partie auto-neurologique, le BREM avait indiqué ne plus prendre en charge ce domaine, si bien qu'il avait proposé de contacter le Dr T_____. 53. Les parties n'ont pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre des médecins susmentionnés. EN DROIT 1. Jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales était compétent en la matière (art. 56 V de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010; LOJ - RS E 2 05).

Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes devant le

- 19/24-

A/1943/2009 Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré à compter du 1er octobre 2004, au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux prestations et, partant, si l'OAI était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité du recourant au 31 décembre 2004. 3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 4. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une
- 20/24-

A/1943/2009 modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin

consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF

- 21/24-

A/1943/2009 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références).

- 22/24-

A/1943/2009

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). 7. En l'espèce, la Chambre de céans considère que, sur le plan psychique, il se trouve en présence d'avis médicaux divergents – soit en particulier le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertise médicale fonctionnant comme Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) d'une part et les rapports du Dr K_____ des 2 avril 2008 et 19 mai 2009 d'autre part –, dont aucun ne revêt a priori de valeur probante prépondérante par rapport à l'autre. En particulier, la situation de la Dresse M_____, qui, par l'intermédiaire du COMAI, a été mandatée et rémunérée par l'OAI – mais qui ne saurait toutefois être assimilée à un médecin de l'AI au seul motif qu'elle fonctionnerait comme expert mandaté par l'OAI à raison d'un tiers voire de la moitié de son activité – n'est pas différente de celle du Dr K_____ qui s'est également vu confier un mandat d'expert et a été rémunéré par le recourant.

Sur le plan somatique, le rapport du Centre d'expertise médicale est contradictoire en ce sens que, d'un côté, sur la base du rapport de la Dresse L_____ – qui se situe plus dans l'optique de la détermination de l'invalidité au sens de l'assurance- accidents (avec détermination d'une atteinte à l'intégrité) –, il retient que les troubles auditifs du recourant l'empêchent de travailler comme agent d'assurance si cette activité implique un contact oral fréquent avec ses clients et un travail dans un environnement bruyant, alors que d'un autre côté, il comporte la conclusion selon laquelle la capacité de travail de l'assuré au poste occupé jusqu'à présent pourrait être améliorée si l'activité d'agent d'assurance impliquait une activité bureaucratique dans un environnement calme et sans sollicitation auditive importante. Quant au Dr K_____, il ne s'est pas déterminé sur l'aspect somatique, en préconisant, dans son rapport du 2 avril 2008, un bilan à visées diagnostiques concernant une symptomatologie rhumatismale et ORL.

- 23/24-

A/1943/2009

Ainsi, la Chambre de céans considère ne pas être en mesure de se déterminer sur la question de la capacité résiduelle de travail du recourant dans son activité habituelle et/ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il convient dès lors d'ordonner une nouvelle expertise pluri-disciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et otoneurologique).

Les parties n'ayant fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre des Dr R_____ (pour la partie rhumatologique), Dresse S_____ (pour la partie psychiatrique) et Dr T_____ (pour la partie otoneurologique), la mission d'expertise sera confiée à ces derniers.

Il appartiendra aux trois experts d'établir un rapport commun auquel ils devront tous adhérer. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.

B. La confie aux Drs R _____, S _____ et T _____.

C. Dit que leur mission sera la suivante :

1. S'entourer de tous les éléments utiles, prendre connaissance du dossier de la présente procédure, et, au besoin, s'entourer d'avis de tiers. 2. Examiner le recourant. 3. Exposer l'anamnèse détaillée du recourant. 4. Exposer les données subjectives et les plaintes du recourant. 5. Procéder aux constatations objectives. 6. Poser les diagnostic(s) et en dater la survenance, et dire si les troubles éventuellement constatés ont valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10.

Si les expert s'écartent des conclusions des médecins du Centre d'expertise médicale situé à Champel, du Dr K _____ ou des médecins traitants, en expliquer les raisons. 7. En cas de trouble somatoforme diagnostiqué, dire s'il existe : a) une comorbidité psychiatrique et, si oui, dire sous quelle forme, de quel degré (faible, moyen, grave) et si elle est une manifestation réactive; b) des affections corporelles chroniques; c) un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive);

- 24/24-

A/1943/2009 d) une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, dire quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration); e) 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 (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); f) un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement); dire si l'assuré suit un traitement adéquat et, dans la négative, dire quel est le traitement indiqué; g) une exagération des symptômes ou une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, une absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, ou l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

De manière plus générale, indiquer si le trouble somatoforme peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible. 8. Mentionner les limitations fonctionnelles découlant des affections diagnostiquées. 9. Dire si les affections diagnostiquées entraînent une incapacité de travail du recourant dans l'activité précédemment exercée, le cas échéant à quel taux en pourcent et depuis quand. Dire en particulier s'il y a eu une modification de la capacité de travail du recourant à partir du mois d'octobre 2004. 10. Dire si une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant est raisonnablement exigible, le cas échéant dans quel(s) domaine(s), depuis quand, à quel taux en pourcent et avec quel rendement. Dire en particulier s'il y a eu une modification de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à partir du mois d'octobre 2004. 11. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. 12. Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. 13. Apprécier le cas et se déterminer sur le pronostic.

14. Faire toutes autres observations et suggestions utiles.

D. Invite les Drs R_____, S_____ et T_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport commun en trois exemplaires à la Chambre de céans.

E. Réserve le fond. La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

Le Président

Patrick UDRY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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