

GE_GERICHTE ATAS/377/2011 vom 18. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_377_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/377/2011 du 18 avril 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/377/2011 del 18 aprile 2011

Erwägungen

E. 14

Par décision du 18 juin 2009, reçue le 23 (selon le recourant), l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision.

E. 15

Par lettre de son avocat - constitué en lieu et place de l'ASSUAS - du 24 août 2009, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI, estimant que son invalidité demeurerait totale après le 1er février 2008. Il y a joint un rapport des Drs A_____ et B_____ du Département de psychiatrie des HUG du 20 juillet 2009, dans lequel ces derniers ont diagnostiqué

- 10/23-

A/3085/2009 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil (ci-après : SAOS) sévère, un status post-traumatisme de la colonne vertébrale avec entassement inférieur L4 et fissures de la tête du péroné droit suite à une chute d'un échafaudage en juillet 2004 et une arthrose cervicale et lombaire. Les médecins précités ont précisé qu'au mois d'octobre 2008, l'assuré avait été hospitalisé en entrée non-volontaire à la Clinique de Belle Idée dans le contexte de recrudescences des idées suicidaires et péjoration des symptômes dépressifs. Le facteur de crise étant le refus d'une rente AI, la séparation d'avec sa troisième épouse et les relations conflictuelles avec ses enfants. A la fin de l'hospitalisation, l'assuré leur a été adressé pour un avis sur son traitement.

E. 16

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI a sollicité du Tribunal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) qu'il requiert de plus amples informations auprès de l'assuré, soit en particulier des documents médicaux d'investigation, de traitement et de contrôle du syndrome des apnées du sommeil et la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle Idée en octobre 2008, en précisant qu'à ce stade, il n'était pas en mesure de se déterminer. A l'appui de sa réponse, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 9 septembre 2009, dans lequel la Dresse C_____, sans spécialisation indiquée, a exposé que le syndrome des apnées du sommeil pouvait participer à la symptomatologie dépressive, de sorte que les documents médicaux d'investigation, de traitement et de contrôle du syndrome des apnées du sommeil devaient lui être transmis, tout comme la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle Idée en octobre 2008, ces documents étant nécessaires à une bonne appréciation médicale.

E. 17

Par lettre de son avocat au Tribunal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 9 novembre 2009, le recourant a produit un courrier du Dr D_____, spécialiste FMH en pneumologie, du 12 mars 2009, dans lequel ce dernier indiquait qu'une polysomnographie native de février 2009 avait confirmé un SAOS de degré très sévère et, de ce fait, demandait aux physiothérapeutes de la Ligue pulmonaire genevoise et centre antituberculeux des HUG d'appareiller le recourant. Des résultats d'examen étaient joints à ce courrier. En particulier, dans un rapport d'oxymétrie nocturne du 27 mars 2009, le Dr D_____ a conclu à une très nette amélioration du tracé, qui était très satisfaisant dans le contexte, sous réserve de l'abaissement initial de la ligne de base.

- 11/23-

A/3085/2009

E. 18

Par courrier de sa nouvelle avocate, nommée d'office, du 20 novembre 2009, l'assuré a produit divers certificats médicaux du Département de psychiatrie des HUG, attestant qu'il avait été hospitalisé dans le Service de psychiatrie adulte du 16 octobre au 26 novembre 2008, qu'il était suivi dans le programme Dépression depuis le 5 novembre 2008, qu'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) avait été diagnostiqué, et que, selon le Dr B_____, son état justifiait un arrêt de travail à 100% de janvier au 30 novembre 2009. Il a également produit une lettre du Dr B_____ au Tribunal tutélaire du 31 juillet 2009 sollicitant l'instauration d'une curatelle volontaire.

E. 19

Dans un avis du SMR du 25 novembre 2009, le Dr E_____, sans spécialisation indiquée, s'est référé au rapport d'oxymétrie nocturne du Dr D_____ du 27 mars 2009 et a conclu que les apnées du sommeil ne jouaient aucun rôle pour diminuer la capacité de travail du recourant, puisqu'elles avaient quasiment disparu. Il a toutefois ajouté qu'il n'était toujours pas en possession de la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle Idée et qu'il attendait de recevoir ce document pour pouvoir se déterminer.

E. 20

Dans une lettre du 30 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 25 novembre 2009.

E. 21

Par courrier de son avocate du 22 décembre 2009, le recourant a produit les documents suivants : a) Le rapport d'hospitalisation au Service de psychiatrie adulte / Unité hospitalière Glycines 2 des HUG du 26 novembre 2008, dans lequel les Drs F_____ et H_____, sans spécialisation indiquée, du Département de psychiatrie des HUG ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), une chute d'un échafaudage en juillet 2004 avec arrachement ligamentaire à l'humérus droit, tassement inférieur L4 et fissure de la tête du péroné droit, des arthroses cervicale et lombaire et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Dans l'appréciation du cas, les médecins précités ont indiqué que le début de l'hospitalisation avait été principalement marqué par une présentation en retrait du patient qui restait clinophile, fuyant les entretiens et ne mettant en avant que la symptomatologie

douloureuse et une perte d'espoir. A l'occasion de sollicitations répétées de l'équipe, il était parvenu progressivement à aborder ses sujets d'inquiétude, à savoir toutes les pertes accumulées aux fils des ans, notamment la perte de son travail qui lui permettait d'avoir une place sociale et les inquiétudes liées à ses enfants. Ceux-ci semblaient effectivement présenter des difficultés

- 12/23-

A/3085/2009 scolaires pour l'un (un fils renvoyé de son école), psychique pour l'autre (sa fille a fait une tentative de suicide). Les refus répétés de l'AI, sujet central en début de séjour, étaient passés également au second plan, le patient arrivant progressivement à accepter les soins en tant que tel et pas seulement comme « argument » pour repartir dans une nouvelle demande. Le patient avait donc progressivement pu s'ouvrir un peu, parvenant à parler des problèmes à défaut de les élaborer. Il avait participé, sur le même modèle, de manière discrète dans un premier temps puis de manière active au groupe QATT-D et avait retiré un bénéfice évident des différentes activités. Le traitement antidépresseur, qu'il n'avait par le passé très probablement jamais pris de manière régulière en raison d'effets secondaires, avait été réintroduit. L'Efexor avait été augmenté jusqu'à 225mg/j, la potentialisation par Remeron n'avait rien apporté en dehors d'une prise de poids. Les hormones thyroïdiennes avaient en revanche très clairement été bénéfiques après une semaine et avaient par conséquent été maintenues. En fin de séjour, les plaintes douloureuses étaient nettement passées au second plan, l'assuré ayant pu effectuer plusieurs permissions à domicile qui s'étaient bien déroulées malgré la persistance de certains éléments anxieux principalement qu'il avait gérés de manière efficace. L'assuré avait pu envisager de poursuivre ses soins en ambulatoire et il avait montré un intérêt certain, bien qu'il remettait en cause ses capacités à s'engager dans le programme dépression, avec la perspective à terme de reprendre son suivi psychothérapeutique. b) Un certificat du Dr B_____ du 17 décembre 2009, dans lequel ce dernier a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil sévère. Il indiquait que l'assuré avait été adressé au programme Dépression du Département de psychiatrie des HUG pour une évaluation diagnostique et une adaptation du traitement médicamenteux, qu'à son admission en novembre 2008, le patient présentait une symptomatologie se caractérisant par une tristesse, une anhédonie, une aboulie, des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles mnésiques, une irritabilité, des idéations suicidaires fluctuantes (MADRS à 36/60), qu'il décrivait des troubles importants du sommeil avec des troubles d'endormissement, une fatigue matinale, un réveil durant la nuit, des ronflements, que les investigations au laboratoire du sommeil avaient permis la mise en évidence d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil très sévère, qu'un traitement CPAP avait été mis en place et que le suivi s'effectuait chez le Dr D_____, pneumologue, que le recourant bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique par lui-même à la quinzaine et d'un suivi individuel par un infirmier spécialisé pour la gestion des médicaments et l'activation comportementale de

- 13/23-

A/3085/2009 façon hebdomadaire, que le traitement médicamenteux ne montrant pas une efficacité satisfaisante sur les symptômes dépressifs malgré des taux plasmatiques compatibles avec une bonne compliance, il avait effectué plusieurs essais pharmacologiques, que les taux plasmatiques des antidépresseurs montraient des valeurs

dans la norme, compatibles avec une bonne observance, que la symptomatologie restait stable avec un MADRS entre 30 et 39/60, ce qui correspondait à une dépression d'intensité sévère et que l'on pouvait parler d'une évolution chronique et qu'il était revenu au traitement de venlafaxine (Efexoe) 225 mg/j combiné avec du lithium (Lithiofor) 2x 660mg/j, combinaison utilisée dans le traitement des dépressions graves réfractaires aux traitements habituels. Enfin, il a indiqué que l'incapacité de travail du recourant était totale depuis sa prise en charge au programme Dépression en novembre 2008 et perdurait au jour de son rapport et qu'au vu de l'évolution des symptômes, le pronostic restait peu favorable. c) Un certificat du Dr L _____ du 15 décembre 2009, dans lequel il est indiqué que le recourant, qu'il suivait depuis son accident de travail en 2004, souffrait d'un état dépressif important ne s'étant pratiquement pas amélioré depuis, qu'en dépit d'un traitement spécialisé organisé, il n'avait jamais récupéré une qualité de vie normale, étant sans plaisir à la vie depuis, sans motivation, et qu'il était resté très perturbé dans tous les aspects de la vie quotidienne en raison de sa tristesse profonde.

E. 22

Par lettre du 20 janvier 2010, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Il s'est référé à un avis du SMR du 14 janvier 2010, dans lequel le Dr I _____ a indiqué que la décision de l'OAI du 18 juin 2008 avait pu constituer un facteur de déstabilisation sur le plan psychique, alliée cependant à la séparation du recourant d'avec sa troisième épouse et à une relation conflictuelle avec ses enfants, que cet élément réactionnel devait être souligné dans la mesure où, dépassé, il pouvait déboucher sur une amélioration de la symptomatologie, qu'après son hospitalisation à Belle-Idée au cours de laquelle le diagnostic - reconnu comme plausible - de trouble dépressif sévère avait été retenu, l'assuré avait été pris en charge dans le programme dépression, que le rapport de ce service signalait cependant que le traitement médicamenteux correspondait au traitement d'une dépression grave réfractaire et que l'évolution ne serait cependant pas favorable, le test du MADRS restant élevé, malgré une compliance décrite comme bonne. Il a ajouté qu'il était étonné que le département de psychiatre ait retenu le diagnostic de syndrome douloureux

- 14/23-

A/3085/2009 somatoforme persistant, en présence de modifications somatiques susceptibles d'expliquer mieux les symptômes douloureux, sachant qu'un trouble somatoforme douloureux doit s'accompagner, selon la CIM-10, d'absence de pathologie permettant de mieux expliquer les douleurs ce qui, en l'espèce, n'était pas le cas et qu'à l'inverse, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'avait pas été considéré, alors que ce diagnostic de majoration est utilisé en cas de discordance entre les plaintes évoquées et un status somatique n'expliquant pas de telles douleurs. Il a considéré que bien qu'un élément réactionnel ait pu parfaitement justifier un épisode sévère, il était très surpris que l'assuré n'ait pas répondu au traitement mis en place, que tout en contestant le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, et en s'appuyant sur le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, posés auparavant, il s'interrogeait sur une éventuelle majoration de symptômes psychiques à des fins asséculogiques. Il en a conclu qu'il lui paraissait opportun de vérifier l'état psychique du patient en organisant une expertise qui, dans l'idéal, devrait être effectuée par le médecin psychiatre FMH qui avait examiné l'assuré lors de son examen au SMR.

E. 23

Par courrier de son avocate du 4 février 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions, en exposant que les documents médicaux faisant état d'une dépression sévère et chronique, d'altérations dégénératives sévères au niveau lombaire l'empêchant de récupérer une vie normale, que l'ensemble des éléments confirmait l'état d'invalidité qui l'affectait et dont la cause était psychique et physique, qu'il sollicitait l'audition des Dr L_____, B_____ et U_____ et s'opposait au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction estimant que cela retardait l'issue de la procédure, que son état psychique était clairement mis en évidence dans les rapports du Dr B_____ et que, subsidiairement, l'expertise devrait être ordonnée par le Tribunal de céans le cas échéant. Il a produit les divers documents médicaux suivants : a) des certificats médicaux du Dr B_____ des 30 novembre 2009, 14 janvier 2010, 2 février 2010 attestant d'un arrêt de travail du recourant à 100% en raison d'une maladie pour la période de décembre 2009 à février 2010; b) le rapport médical du Dr B_____ du 17 décembre 2009 (ch. 21, let. a supra); c) un certificat médical du Dr L_____ du 2 février 2010, dans lequel il a rappelé le contenu de son certificat du 15 décembre 2009 (ch. 21, let. c supra) et a

- 15/23-

A/3085/2009 ajouté qu'au niveau somatique, il persistait des douleurs invalidantes au niveau lombaire avec irradiation dans les jambes, ceci en raison d'altérations dégénératives sévères, avec sténose sévère radiculaire des deux côtés L4 et L5, que ceci était certainement à voir en relation avec l'accident en juillet 2004, que le diagnostic à l'époque étant un tassement L4, que, par ailleurs, les diagnostics de stress post-traumatique et syndrome somatoforme douloureux posé en 2004 aux HUG étaient toujours d'actualité et que le recourant souffrait également d'une apnée du sommeil appareillée; d) des certificats médicaux du Dr L_____ du 2 février 2010, attestant d'une incapacité totale de travail du recourant en raison d'un accident pour la période de novembre 2009 à février 2010; e) un rapport d'IRM lombaire du 22 décembre 2009, dans lequel la Dresse J_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une sténose serrée des canaux radiculaires des deux côtés en L4-L5 sur protrusion discale globale associée à un remaniement au niveau isthmique ainsi qu'au niveau des arcs postérieurs des deux côtés en L4-L5 sur lyse isthmique bilatérale avec antélisthésis de 1er degré de L4 sur L5, à un pincement des canaux radiculaires des deux côtés en L5-S1 sur hypertrophie capsulo-ligamentaire postérieure bilatérale, et à un aspect modérément étroit des canaux radiculaires en L3-L4 des deux côtés dans un contexte de canal rachidien lombaire étroit congénital.

E. 24

Par lettre du 18 mars 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusions du 20 janvier 2010, en se référant à un avis du SMR du 16 mars 2010, dans lequel le Dr I_____ a confirmé sa position quant à la nécessité de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, soit psychiatrique et rhumatologique.

E. 25

Dans un rapport médical du 9 avril 2010, le Dr K_____, chef de clinique au Service de neurochirurgie des HUG, a indiqué que le recourant souffrait de lombosciatalgies assez diffuses dans la symptomatologie mais prédominant quand même dans le territoire S1 bilatéralement, ces douleurs résistant à un traitement conservateur, et que, compte tenu de la discordance clinique et radiologique, et avant de proposer une sanction neurochirurgicale, il

estimait judicieux de confirmer une diminution de la symptomatologie par une infiltration.

E. 26

Par courrier du 9 novembre 2010, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), en leur communiquant la mission d'expertise et en les invitant à proposer des noms d'expert.

- 16/23-

A/3085/2009

E. 27

Sur la base de l'avis médical du 16 novembre 2010 de la Dresse LA _____, l'intimé a fait savoir à la Chambre de céans, par écriture du 18 novembre 2010, qu'il n'avait pas de questions complémentaires à ajouter à la mission d'expertise et a proposé plusieurs noms d'experts, dont les Drs LB _____ et LC _____.

E. 28

Par lettre de son avocate du 29 novembre 2010, le recourant s'est déterminé sur la mission d'expertise et a suggéré des noms d'experts en rhumatologie. Il a joint les documents médicaux suivants : a) le certificat du Dr B _____ du 2 février 2010 (cf. 23 let. a supra); b) le certificat médical du Dr L _____ du 2 février 2010 (cf. 23 let. b supra); c) un rapport du Département des neurosciences cliniques du Service de neurochirurgie des HUG du 17 juin 2010, dans lequel le Dr K _____ a indiqué que le recourant présentait toujours des lombosciatalgies bilatérales associées à des lombalgies très invalidantes qui étaient au premier plan. Il avait bénéficié de deux infiltrations, sans amélioration de la symptomatologie douloureuse. Les douleurs étaient toujours insomniantes et résistaient à un traitement de Voltarène 100 mg 3x / j. Il a noté toujours des troubles sensitifs et moteurs aux membres inférieurs, sans territoire radiculaire franc. A l'examen clinique, le Dr K _____ a noté une hypoesthésie assez diffuse des deux membres inférieurs, sans territoire radiculaire franc. Il n'avait pas de déficit de force. Les réflexes ostéotendineux étaient hypovifs et symétriques, le réflexe cutané plantaire était en flexion des deux côtés. Le Lasègue était douteux des deux côtés. La marche s'effectuait avec une boiterie sans steppage. La marche sur les talons et la pointe des pieds était difficilement effectuée ainsi que l'épreuve de l'escabeau. Le patient présentait un syndrome lombo-vertébral très important avec une distance doigt-sol de plus de 1 mètre et un Schober lombaire de 10/15 cm. Les douleurs étaient exacerbées tant par la flexion que par l'extension du rachis lombaire. A la palpation, il y avait une myogélose de tout le rachis avec des douleurs à la percussion de la jonction cervico-thoracique et lombaire basse. Le médecin a précisé que le recourant souffrait donc de lombosciatalgies diffuses dans les deux membres inférieurs avec une hypoesthésie principalement en chaussette des membres inférieurs et des paresthésies douloureuses bilatéralement. Les douleurs n'avaient pas été amendées par un bloc L4-L5 effectué par le Dr LF _____. Dans ce contexte, et compte-tenu de la spondylolyse bilatérale L4-L5 associée à un antélisthésis de premier degré de L4 sur L5, le Dr K _____ a proposé au patient d'effectuer des clichés fonctionnels de la colonne lombaire afin de déceler une éventuelle instabilité segmentaire à ce niveau-là. Il lui a prescrit neuf séances de physiothérapie en piscine à but. antalgique et myorelaxant. Compte-tenu de

- 17/23-

A/3085/2009 l'échec des infiltrations, il n'était pas sûr qu'une spondylodése L4-L5 permettrait d'amender la symptomatologie invalidante de ce patient complexe. Afin d'établir la meilleure stratégie opératoire et d'objectiver les territoires radiculaires incriminés, le Dr K_____ a demandé une consultation chez ses collègues neurologues avec un ENMG des membres inférieurs, en concluant qu'il reverrait le recourant à la lumière de ces examens pour décider d'une éventuelle sanction neurochirurgicale; d) un rapport du Département des neurosciences cliniques du Service de neurochirurgie des HUG du 27 octobre 2010, dans lequel les Drs LE_____, médecin adjoint, et LD_____, médecin interne, indiquent qu'un ENMG effectué le 13 octobre 2010 n'avait pas mis en évidence de signe lésionnel et que, vu la l'absence d'amélioration de la douleur suite à des infiltrations au niveau L4-L5 effectuées précédemment, le taux d'échec pour un traitement chirurgical était très important, avec un risque même d'aggraver les symptômes en cas de sanction chirurgicale. Ils ont ajouté que le recourant allait débiter un traitement rhumatologique en parallèle à son traitement psychiatrique.

E. 29

Par lettre de son conseil du 16 décembre 2010, le recourant a déclaré ne pas avoir d'objections à ce que les Drs LB_____ et LC_____ soient nommés comme experts. 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 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, en particulier psychique, du recourant s'est amélioré en novembre 2007, au point de ne plus présenter une invalidité lui donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré

- 18/23-

A/3085/2009 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). 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). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis

sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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

- 19/23-

A/3085/2009 tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 4. 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 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

- 20/23-

A/3085/2009 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). 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

- 21/23-

A/3085/2009 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). 5. En l'espèce, la Chambre de céans considère qu'il existe des divergences entre les avis des médecins du SMR du 19 mai 2007 et ceux des médecins du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève du 20 juillet 2009, du Dr B_____ du 17 décembre 2009 et du Dr L_____ du 2 février 2010. Comme l'a admis l'intimé, des investigations médicales complémentaires sont nécessaires. Il convient dès lors d'ordonner une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique). Les parties étant d'accord sur la désignation des Dresse LB_____ (pour la partie rhumatologique) et Dr LC_____ (pour la partie psychiatrique), la mission d'expertise sera confiée à ces derniers. Il appartiendra aux deux experts d'établir un rapport commun auquel ils devront adhérer.

- 22/23-

A/3085/2009

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.

B. La confie aux Drs LB_____ et LC_____.

C. Dit que leur mission sera la suivante :

1. S'entourer de tous les éléments utiles, si nécessaire auprès des médecins ayant soigné le recourant (Dr L_____, Dresse U_____, Dr B_____, Dr K_____, Dr LD_____), prendre connaissance du dossier de la présente procédure, et, au besoin, s'entourer d'avis de tiers.
2. Exposer l'anamnèse détaillée du recourant.
3. Exposer les données subjectives et les plaintes du recourant.
4. Procéder aux constatations objectives.
5. Poser les diagnostic(s) sur les plans physique et psychiatrique, et en dater la survenance.
6. Dire si les troubles constatés ont valeur de maladie selon les critères d'un système de classification reconnu.
7. Mentionner, pour chaque diagnostic et globalement, les limitations fonctionnelles du recourant.

- 23/23-

A/3085/2009 8. Mentionner, pour chaque diagnostic posé et globalement, si les troubles constatés entraînent une incapacité de travail du recourant dans l'activité précédemment

exercée, le cas échéant à quel taux en pour-cent, depuis quand et avec quel rendement.

9. Dire, pour chaque diagnostic et globalement, 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 pour-cent et avec quel rendement.

10. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales.

11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.

12. Apprécier le cas et se déterminer sur le pronostic. Si l'expert s'écarte des conclusions du SMR, des médecins des HUG ou du médecin traitant, s'agissant des diagnostics et de leur répercussion sur la capacité de travail résiduelle du recourant, en expliquer les raisons.

13. Faire toutes autres observations et suggestions utiles.

D. Invite les Drs LB_____ et LC_____ 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.