

GE_GERICHTE A/2083/2012 vom 23. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2083_2012

FR: GE_GERICHTE A/2083/2012 du 23 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/2083/2012 del 23 gennaio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.01.2013
A/2083/2012

A/2083/2012 ATAS/58/2013 du 23.01.2013 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2083/2012 ATAS/58/2013
ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 23 janvier 2013 5ème Chambre En la cause Monsieur F_____, domicilié à Perly recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, service juridique, rue des Gares 12, 1201 Genève 1 intimé EN FAIT Monsieur F____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1986, a déposé une demande de mesures professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 18 novembre 2010, en indiquant ne pas avoir exercé d'activité après ses études en informatique interrompues en octobre 2007 et souffrir d'une douleur constante aux avant-bras avec des pertes de force aléatoires, et de dépression. Dans un certificat du 2 décembre 2010, le Dr G_____, chef de clinique de l'Unité JADE (Jeunes adultes avec troubles psychiques débutants) du Service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'assuré y était suivi depuis février 2010. Il présentait depuis trois ans une symptomatologie douloureuse aux membres supérieurs qui s'était exacerbée suite à une opération pour une hyperhydrose deux ans et demi auparavant, ainsi qu'une symptomatologie dépressive qui ne s'amendait pas. Il était actuellement sans activité professionnelle. Une mesure de soutien de l'OAI pour une éventuelle réinsertion professionnelle paraissait nécessaire. Le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a précisé dans son rapport du 20 décembre 2010 qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis février 2010. Il a néanmoins indiqué que ce dernier souffrait de douleurs chroniques des poignets et des avant-bras d'origine indéterminée depuis octobre 2008, de status post sympathectomie thoracique T2-5 à droite et T2-4 à gauche en janvier 2006, de probable trouble de la personnalité et de maigreur sévère depuis octobre 2008. Les douleurs se manifestaient sous forme de sensations de décharges électriques et de brûlures et s'accompagnaient de faiblesses avec lâchages d'objets. Les activités suivantes étaient proscrites: activités uniquement en station debout, exercées principalement en marchant, se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, en soulevant des charges de plus de 2 kg ou en montant sur une échelle. La capacité d'adaptation était limitée par la faiblesse et les douleurs des membres supérieurs. Il a joint à son envoi le rapport d'électroneuromyographe (ENMG) réalisé le 23 juin 2009 par le Professeur I_____ du Service de neurologie des HUG, dont les résultats étaient normaux avec toutefois une hyperréflexie myoatque des membres inférieurs, qui rendait nécessaire une IRM cérébrale et de la moelle afin d'écartier l'éventualité d'un syrinx ou d'une affection inflammatoire du système nerveux central, ainsi qu'un rapport du 27 mars 2009 de la Dresse J_____ et du Professeur K_____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la

douleur des HUG. Dans ce document, ces médecins ont posé les diagnostics de douleurs chroniques des poignets et des avant-bras d'origine indéterminée et de status post sympathectomie thoracique T2-5 à droite et T2-4 à gauche. Elles ont également établi une anamnèse en relevant que les douleurs avaient initialement apparues dans un contexte de tendinites à répétition liées à l'utilisation des poignets dans l'activité d'étudiant en informatique, associées à une hypersudation des mains. La douleur était actuellement permanente, variable toutefois en intensité et aggravée par les changements de temps, l'effort et les mouvements répétitifs. L'assuré mentionnait des décharges électriques ou une vague sensation de brûlure et signalait également une faiblesse entraînant des lâchages d'objet. La douleur était très handicapante et entraînait une difficulté dans tous les gestes du quotidien comme écrire ou couper la viande. Les traitements antalgiques s'étant soldés par des échecs, l'assuré ne prenait plus de médicaments. Il n'avait pas suivi de physiothérapie ou d'autres mesures. Une consultation rhumatologique avait conclu à l'absence de pathologie, à l'instar d'un examen neurologique. L'assuré indiquait en outre avoir perdu 10 kg en deux ans, sans perte de l'appétit. Du point de vue professionnel, l'assuré avait été contraint d'arrêter ses études d'informatique en raison de ses douleurs. Il vivait chez ses parents et était assez isolé. Il ne s'estimait ni triste ni anxieux mais inquiet face à son avenir professionnel. Dans leur synthèse, les médecins des HUG ont relevé que l'origine des douleurs était peu claire. Elles se sont déclarées frappées par l'importante passivité de l'assuré, associée à un retrait social qui faisait évoquer un possible trouble de la personnalité, peut-être renforcé par un état dépressif ne se manifestant que peu au niveau affectif en raison de la difficulté de l'assuré à parler de lui. Une prise en charge médicamenteuse n'était pas préconisée en l'absence de diagnostic clair et compte tenu de l'inefficacité d'un tel traitement par le passé. Une indication à un antidépresseur influant sur le seuil de la douleur pourrait éventuellement se discuter dans le futur. Des mesures d'ergothérapie étaient recommandées. Dans son rapport du 25 janvier 2011, le Dr G _____ a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) depuis 2007. Les douleurs aux poignets avaient forcé l'assuré à interrompre ses études et aucun traitement n'avait permis d'y remédier. La symptomatologie s'était dégradée depuis trois ans malgré les essais thérapeutiques. L'introduction d'un traitement à base de Cipralex® puis de Cymbalta® avait entraîné des effets secondaires importants et l'assuré ne prenait aucun médicament pour l'heure. L'incapacité de travail était totale depuis février 2010. Le Dr G _____ a précisé qu'il ne pouvait se déterminer clairement sur une possible réadaptation. Du point de vue psychique, toutes les tentatives thérapeutiques avaient échoué. La résistance et la capacité d'adaptation étaient limitées. L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire au Dr L _____, spécialiste FMH en rhumatologie, à la Dresse M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et au Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 16 novembre 2011. Après avoir résumé le dossier de l'assuré, ils ont retracé son anamnèse qu'ils ont complétée en relatant ses plaintes. Du point de vue neurologique, l'expert-neurologue décrivait des douleurs sourdes et continues, prenant origine au niveau du dos de la main et des avant-bras. L'atteinte était symétrique et très nettement augmentée dans le cadre de la pratique de l'informatique. Les facteurs aggravants étaient avant tout météorologiques ou dus à sa tension et sa nervosité. L'assuré considérait que toute activité informatique était donc impossible. Il relevait aussi quelques difficultés à l'écriture prolongée. Il se disait néanmoins capable de chatter sur internet et de faire quelques activités de courte durée à l'ordinateur. A l'expert rhumatologue, l'assuré a indiqué que ses douleurs ne remontaient

pas plus haut que le coude et qu'il n'avait jamais souffert de la colonne cervicale. Il avait l'impression que les muscles étaient brusquement étirés et contusionnés, sans brûlure ni fourmillement. Les douleurs étaient permanentes et aucun traitement n'avait été couronné de succès. Il lâchait les objets et avait moins de force dans les mains. L'assuré disait perdre du poids sans avoir modifié ses habitudes alimentaires. Il ne pouvait pas travailler plus de 30 minutes sur son ordinateur et avait dû interrompre ses études d'informatique lors de l'année scolaire 2007-2008. Il ne suivait aucun traitement rhumatologique. Tant le Dr L_____ que le Dr N_____ se sont dits frappés par la passivité de l'assuré lors de l'anamnèse. Il n'avait aucune attitude active afin de tenter d'améliorer son état et de trouver une solution et attendait que l'OAI lui donne des solutions, des possibilités d'études et un cahier des charges. Il ne désirait pas avoir d'activités de manutention ou d'informatique importantes mais ne considérait pas subir d'autres limitations dans ses activités professionnelles. Au plan psychique, il mentionnait des épisodes d'angoisse car il appréhendait le futur. Il avait par moments des idées noires qu'il chassait mais pas d'idées passives de mort ou d'idéation suicidaire. A cela s'ajoutaient des difficultés à s'endormir, sans rumination. L'assuré a décrit son quotidien comme suit à la Dresse M_____ : il allumait son ordinateur après s'être levé entre 8 heures et 14 heures, consultait ses courriels, regardait un film puis prenait le repas de midi. Il passait également son après-midi sur son ordinateur sur des réseaux sociaux et des sites de discussion en ligne. Il disait moins lire car il peinait à tenir un livre. Après le repas du soir, il retournait à son ordinateur pour jouer à des jeux vidéo, discuter avec des amis et regarder les informations. Il se décrivait comme très casanier, sortant toutes les deux semaines pour se rendre à la consultation des HUG. Il faisait alors un tour en ville et allait au cinéma. Les week-ends, l'assuré était parfois invité avec ses parents chez des amis de ceux-ci. De l'anamnèse, l'assuré a mentionné, dans les événements déclencheurs des douleurs, le décès de son grand-père paternel en 2007, suivi de conflits majeurs autour de l'héritage avec des ruptures au sein de la famille. Peu après, son père avait présenté un cancer du colon et en avait été opéré. Cela avait déclenché une décompensation psychique de sa mère avec épisodes de fugues et d'amnésie, puis plusieurs tentatives médicamenteuses. L'assuré l'avait trouvée à plusieurs reprises inanimée au domicile et avait appelé l'ambulance. Il évoquait un souci majeur pour sa mère et craignait de la laisser seule par peur d'une récurrence. Il s'inquiétait également de l'avenir de sa mère après son départ et celui de sa sœur du domicile parental. Les douleurs qui se sont développées progressivement dans ce contexte, permettaient inconsciemment à l'assuré de rester à la maison auprès de sa mère et de bloquer tout processus d'émancipation. Depuis la naissance d'un petit-fils il y a trois mois et demi, la mère allait toutefois mieux. Les experts ont posé les diagnostics de status après sympathectomie thoracique pour une hypersudation des mains (R 61.9), de personnalité passive, présente depuis que l'assuré était jeune adulte (F 60.7), et de trouble somatoforme, sans précision (F 45.9), ces atteintes étant sans incidence sur la capacité de travail. Les experts ont relevé que l'étiologie des troubles n'avait pas été éclaircie malgré de nombreuses investigations. L'examen neurologique du jour était également normal, notamment en l'absence d'éléments évocateurs d'une crampe de l'écrivain, d'une polyneuropathie (notamment amyloïde), de troubles de la lignée dysautonomique ou d'un syndrome d'enclavement. Le seul facteur limitatif était la douleur. Le Dr L_____ ne retenait quant à lui aucune atteinte rhumatologique ou de médecine interne, l'assuré disposait donc d'une capacité de travail complète sur ces plans. Du point de vue psychique, la thymie était discrètement abaissée et associée à des ruminations ponctuelles et des troubles du sommeil sous forme de prolongation de l'endormissement.

L'assuré ne se mobilisait guère pour son futur. Les douleurs limitées à ses avant-bras et à ses poignets sans explication physiologique permettaient de retenir le diagnostic de trouble somatoforme sans précision. Un trouble somatoforme indifférencié devait en revanche être écarté car l'assuré ne se plaignait pas de plaintes somatiques multiples. Ce trouble somatoforme ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique d'acuité et de durée importantes, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'état paraissait cristallisé. Aucune affection corporelle chronique ou de processus malade s'étendant sur plusieurs années n'était signalée. Les traitements antalgiques et antidépresseurs n'avaient pas eu d'effet positif mais l'assuré était néanmoins capable de fonctionner au quotidien. Selon ses dires, il passait une dizaine d'heures par jour sur son ordinateur. Selon les experts, il disposait de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs. Partant, la personnalité passive et le trouble somatoforme sans précision n'entraînaient pas de limitation et n'étaient pas incapacitants. Cela étant, le pronostic était délicat au vu de la vie "virtuelle" de l'assuré, élément qui sortait toutefois du champ médical. Le 3 mai 2012, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré refusant des mesures professionnelles et une rente en se fondant sur les conclusions de l'expertise, aux termes desquelles l'assuré avait toujours disposé d'une capacité de travail entière. Par courriel du 15 mai 2012, l'assistante sociale de l'Unité Jade des HUG a qualifié le projet de décision d'injuste, car il ne tenait pas compte de la situation de l'assuré. L'état de santé psychique de celui-ci s'était amélioré depuis quelques mois grâce à un suivi régulier et à la reprise d'une activité professionnelle. L'assuré avait en effet repris une activité d'employé de bureau à 50 % en décembre 2011 à la Fondation X _____ et s'occupait de rédiger et d'envoyer des courriers. L'incapacité de travail n'était cependant pas totalement résorbée et une formation adaptée était nécessaire. Une reprise de formation dans le domaine informatique, marketing ou management avait été évoquée. Le 22 mai 2012, l'assuré a déclaré recourir contre le refus de mesures professionnelles et de rente en reprenant les arguments développés par son assistante sociale. Il a précisé chercher une formation professionnelle adaptée à son état de santé. Il a joint à son courrier un certificat de travail de la Fondation X _____, mentionnant que la limitation du taux d'activité à 50 % était imputable à ses fréquentes douleurs aux bras. Par décision du 11 juin 2012, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. Le 6 juillet 2012, l'assuré interjette recours contre la décision. Il revient sur son passé médical et affirme que l'expertise réalisée est incomplète, dès lors qu'elle affirme que son trouble somatoforme douloureux n'est pas accompagné de comorbidité psychiatrique. Il souffre en effet de tels troubles, comme le démontre le fait qu'il est suivi au programme JADE. Il produit un certificat médical établi le 4 juillet 2012 par les Drs O _____ et P _____, médecins auprès de l'Unité JADE des HUG. Ces médecins attestent du suivi du recourant dans cette unité depuis début 2010 et affirment que l'augmentation du taux d'activité actuelle de 50 % est impossible en raison des douleurs invalidantes qui s'aggravent au fil des heures. Compte tenu de l'humeur dépressive quotidienne depuis plus de deux ans et des troubles de l'endormissement, ils posent le diagnostic de dysthymie et affirment que l'évolution restera stationnaire à long terme en raison de la résistance du trouble somatoforme douloureux aux différents traitements. Les médecins ajoutent que le recourant a des ressources psychiques limitées face à ses troubles. Sa capacité de travail est ainsi diminuée de 50 % avec un rendement qui ne peut être maintenu qu'au prix d'un soutien et d'un encadrement à long terme. Dans sa réponse du 6 août 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il affirme que l'expertise réalisée par les Drs N _____, L _____ et M _____ doit se voir reconnaître pleine valeur

probante et que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas à faire naître un droit aux prestations. En l'espèce, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique importante dans sa durée et son acuité. Il se réfère pour le surplus à l'avis du 31 juillet 2012 de la Dresse Q _____, médecin au SMR, qu'il joint à son écriture. Ce médecin relève que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux n'est en soi pas contestée mais que celui-ci n'a pas valeur d'invalidité selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. A la demande de la Cour, la Fondation X _____ a précisé que le recourant travaillait dans l'entreprise X _____ Bureau Services depuis le 1^{er} décembre 2011, d'abord à raison de 12 heures par semaine jusqu'au 31 janvier 2012, puis à raison de 16 heures par semaine jusqu'au 28 février 2012 et, dès cette date, de 20 heures. Le recourant avait demandé à X _____ d'être accompagné dans un futur projet de formation en vue d'un reclassement professionnel, ainsi qu'une activité professionnelle comportant des aspects administratifs et rédactionnels qui pourraient lui être utiles. Après un an d'activité, la fondation avait observé qu'il possédait toutes les compétences requises pour occuper un poste dans le milieu tertiaire. Toutefois, malgré sa bonne volonté, il ne parvenait pas à tenir un taux d'activité de 50% (recte 100%?). Dès l'introduction d'une journée entière de travail, il avait été absent une journée en mars, avril et août et 2 jours en février, en juin et en septembre. La capacité de travail atteignait ainsi à peine 50%, en raison de l'absentéisme. L'usage continu des bras était limité à deux heures (par ex. frappe de clavier) et le port de charges était limité. Les douleurs s'intensifiaient lors des changements de saison et apparaissaient ou augmentaient lorsqu'il était nerveux ou stressé. S'il ne souffrait d'aucune douleur, il n'aurait aucune limitation et sa capacité de travail serait entière. La Fondation Trajet ne pouvait par ailleurs pas lui proposer les formations entrant en ligne de compte, mais le recourant serait probablement capable de les suivre dans une HES, sous la réserve que le stress augmente les douleurs. Le 14 octobre 2012, le Dr P _____ de l'Unité JADE du Service de psychiatrie générale des HUG a informé la Cour, à sa demande, qu'il partageait les conclusions de l'expertise du BREM sur le plan psychiatrique. La dysthymie était en lien avec la symptomatologie douloureuse et ne pouvait pas être considérée comme une comorbidité grave à cette symptomatologie. Elle n'engendrait pas de limitations supplémentaires par rapport au trouble somatoforme douloureux, mais pouvait accentuer les douleurs. La capacité de travail était de 50%, selon les observations de la Fondation X _____. Selon le Dr P _____, le développement du trouble somatoforme douloureux pourrait être expliqué par un conflit psychique interne en lien avec différents événements familiaux survenus dès 2007. L'état psychique paraissait cristallisé, dans la mesure où l'état restera stationnaire à long terme, avec un pronostic réservé. Le recourant présentait un fonctionnement psychique de type opératoire qui rendait compliqué la remise en mouvement et l'élaboration d'un travail psychothérapeutique. Divers traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques avaient été tentés sans succès. Dans son avis médical du 26 novembre 2012, la Dresse R _____ du SMR a constaté que la réponse du Dr P _____ confirmait que le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant du fait de l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave. L'absence de traitement était en lien avec la survenue d'effets secondaires. Par ailleurs, le caractère cristallisé décrit par le Dr P _____ correspondait plutôt à la chronicisation des douleurs et non pas à l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique. La capacité de travail était diminuée de moitié uniquement à cause des douleurs et non pas du fait d'une pathologies invalidante. Dans ses écritures du 11 décembre 2012,

l'intimé a fait sien l'avis médical précité et a persisté dans ses conclusions. Le 14 janvier 2013, la Cour a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr S_____, psychiatre à Neuchâtel. Elle leur a également communiqué la liste des questions à l'expert. Le 17 janvier 2013, l'intimé a fait savoir à la Cour qu'il n'avait ni motif de récusation à faire valoir ni question complémentaire à poser.

EN DROIT Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20) en liaison avec l'art. 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). 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 (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). 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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations

d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Enfin, selon la jurisprudence, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié I 488/04 du 31 janvier 2006, consid. 3.3). Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ; Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux. Il s'agit dès lors de déterminer si, en fonction des critères développés par la jurisprudence précitée, le recourant dispose de ressources psychiques suffisantes pour surmonter ses douleurs afin d'exercer une activité lucrative à plus de 80%, étant rappelé qu'il demande des mesures de réadaptation sous forme d'une formation initiale, lesquelles ne peuvent être accordées que si l'assuré présente au moins une perte de gain de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). A priori, seuls les critères d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, de l'échec des traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art et de l'existence d'un état psychique cristallisé sont réalisés. Quant au critère de la perte d'intégration sociale, le retrait social est prononcé, même s'il n'est pas total. Selon l'expertise pluridisciplinaire, le recourant dispose des ressources psychiques nécessaires pour surmonter les douleurs. Toutefois au vu du contexte dans lequel les douleurs se sont développées, la Cour n'est pas totalement convaincue par cette expertise sur le plan psychiatrique. Elle estime dès lors nécessaire de faire évaluer par un expert judiciaire l'état psychique et la capacité de travail du recourant, en particulier si éventuellement le critère de l'état psychique cristallisé, pour autant qu'il soit retenu par l'expert, se manifeste en l'occurrence avec une telle intensité qu'il prive le recourant des ressources psychiques nécessaires pour surmonter les douleurs par un effort de volonté. Les

parties n'ayant pas fait valoir des objections, la mission d'expertise sera confiée au Dr S_____. *** PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Ordonne une expertise judiciaire médicale. La confie au Dr S_____. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : - Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur F_____. - Examiner personnellement l'expertisé. - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants. - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique? Quelles sont ses limitations sur le plan psychiatrique, sans tenir compte des douleurs? Quelle est sa vie quotidienne de l'expertisé? Présente-t-il un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire de la maladie, fuite de la maladie)? Monsieur F_____ dispose-t-il des ressources psychiques nécessaires pour surmonter les douleurs par un effort de volonté raisonnablement exigible? Le cas échéant, pourquoi vous écarterez-vous sur ce point de l'expertise de la Dresse M_____? Doit-on considérer en l'occurrence que certains des critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à un trouble somatoforme douloureux (cf. supra considérant 2 de la partie en droit), se manifestent avec une telle intensité que les douleurs ne peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible? Dans l'affirmative, sur quels éléments vous fondez-vous, notamment quels critères retenus par la jurisprudence? Quelle est la capacité de l'expertisé, en tenant compte également du trouble somatoforme douloureux persistant? Invite le Dr S_____ à déposer le plus rapidement possible son rapport d'expertise en trois exemplaires à la Chambre de céans. Réserve le fond. La greffière Laure GONDRAND La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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