

GE_GERICHTE A/3565/2009 vom 25. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3565_2009

FR: GE_GERICHTE A/3565/2009 du 25 mars 2010

IT: GE_GERICHTE A/3565/2009 del 25 marzo 2010

Regeste

AI(ASSURANCE); FIBROMYALGIE ; EXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE ; ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | rappel de la jurisprudence en matière de TSD et fibromyalgie | LPGA 6; LPGA 7

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.03.2010 A/3565/2009

AI(ASSURANCE); FIBROMYALGIE ; EXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE ; ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | rappel de la jurisprudence en matière de TSD et fibromyalgie | LPGA 6; LPGA 7

A/3565/2009 ATAS/299/2010 (2) du 25.03.2010 (AI) Descripteurs : AI(ASSURANCE); FIBROMYALGIE ; EXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE ; ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE Normes : LPGA 6; LPGA 7 Résumé : rappel de la jurisprudence en matière de TSD et fibromyalgie En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3565/2009 ATAS/299/2010 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 25 mars 2010 En la cause Monsieur M_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT M. M_____, (ci-après : l'assuré), né en 1962, marié, de nationalité Suisse, père d'un enfant né le 19 juillet 1988, est titulaire d'un CFC de boucher-charcutier depuis 1983, métier qu'il a exercé durant quatre ans. Il a ensuite exercé la fonction de sergent-major aux agents de ville et domaine public pour la Ville de Genève depuis le 1 er octobre 1988. Entre 2003 et 2005, l'assuré a subi cinq opérations chirurgicales des régions inguinales et depuis le 8 novembre 2005, il a été en incapacité totale de travail. Le 12 avril 2006, le Dr A_____ du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a attesté d'une dépression de l'assuré et d'un état de régression très marqué, avec une composante démonstrative. Le 11 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 26 octobre 2006, le Dr B_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de douleurs inguinales neurogènes bilatérales présentes depuis septembre 2003 et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis une année. Il suivait le patient depuis le 31 juillet 2006. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. Du 23 au 26 novembre 2006, l'assuré a séjourné dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et subi une révision de branche nerveuse ilio-inguinale des deux côtés (rapport du CHUV du 5 décembre 2006). Le 8 décembre 2006, le Dr C_____, médecine générale, endocrinologie-diabétologie, a diagnostiqué des

douleurs neurogènes inguinales bilatérales. L'assuré avait subi cinq opérations chirurgicales des régions inguinales de 2003 à 2005. Il était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2006 (début de son suivi). L'assuré a consulté en 2006 le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur et en 2007 le secteur salle de réveil-antalgie des HUG pour la mise en place d'un traitement antidouleurs. Du 8 au 20 février 2007, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana où il a été posé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation (F 33.11). Le 11 juin 2007, le Dr B _____ a attesté d'un état de santé stationnaire et, pour l'instant d'une reprise de travail impossible. Le 14 août 2007, le Dr D _____, urologue FMH, a mentionné qu'il avait vu le patient pour la dernière fois en août 2006. En janvier et février 2008, l'assuré a subi deux séances d'infiltration articulaires. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le centre d'expertise médicale à Nyon (CEMed) a rendu le 26 mai 2008 une expertise par les Drs E _____, FMH médecine interne, F _____, FMH psychiatrie et psychothérapie et G _____, FMH neurologie, fondée sur des entretiens et examens des 13 et 15 novembre 2007 et 13 février 2008. L'assuré se plaignait de douleurs constantes au niveau inguinal droit et également gauche (moins prononcées toutefois); les dernières séances d'infiltrations n'avaient pas eu d'effet significatifs; il était assommé par des médicaments antalgiques, il se sentait très déprimé, angoissé, présentait des ruminations, des céphalées, parfois des vertiges, de l'hypersomnolence, un manque de confiance en lui et un manque de mémoire. Le trouble de l'humeur semblait être survenu secondairement, la demande AI d'octobre 2006 n'en faisant pas mention. Seule une détresse post-traumatique avait été mentionnée par le Dr H _____ en janvier 2006. A l'observation, l'assuré présentait des traits dépressifs peu marqués, avec un état de régression plus marqué, sans signe en direction d'une pathologie psychotique. Le trouble de l'humeur était peu intense. Il y avait un état régressif et une composante démonstrative comme l'avait noté le Dr A _____. La compliance aux médicaments antalgiques n'était pas bonne. Il ne faisait pas tout ce qui était possible pour améliorer sa capacité de gain. Du point de vue neurologique, il existait un syndrome douloureux chronique inguinal bilatéral persistant. En l'absence de constatations objectives majeures et face à la discordance entre les plaintes subjectives et ces constatations objectives, il n'était pas possible de fixer un degré d'incapacité de travail. Du point de vue psychique, il y avait une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68), diagnostic qui n'était pas invalidant. Le 19 juin 2008, le Dr I _____ du SMR a estimé qu'il n'y avait aucune incapacité de longue durée médicalement reconnue selon les conclusions de l'expertise du 26 mai 2008, laquelle était convaincante. Le 27 juin 2008, le Dr J _____ du service de neurologie des HUG a attesté d'une décompensation totale du patient. Par projet de décision du 30 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'avis du SMR du 19 juin 2008. Le 2 juillet 2008, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, contestation complétée par la suite en mentionnant que la caisse d'assurance du personnel de la Ville de Genève (CAP) l'avait reconnu invalide à 100 % et mis au bénéfice d'une rente depuis le 1^{er} septembre 2007 de sorte que l'OAI ne pouvait ignorer cet avis. L'expertise contenait des contradictions dans le status psychiatrique, manquait de clarté et certains points n'avaient pas été investigués. Des renseignements devaient être demandés aux HUG suite à son hospitalisation du 8 au 22 août 2008 dans l'unité Glycines (secteur de psychiatrie adultes) en entrée non volontaire en raison d'un risque suicidaire. Il a transmis un rapport du Dr K _____, FMH médecine interne rhumatologie, du 23 mai 2007 et un de la Dresse L _____ - , FMH médecine interne,

du 17 octobre 2006 selon lesquels l'incapacité de travail était justifiée ainsi qu'un rapport des HUG suite à l'hospitalisation d'août 2008 dans lequel il est constaté un état dépressif sévère, un rapport de sortie du 5 septembre 2008 qui a relevé une bonne évolution clinique et un rapport du 9 septembre 2008 du laboratoire du sommeil des HUG qui a conclu à l'existence d'un syndrome d'apnées-hyperpnées obstructif du sommeil extrêmement sévère de sorte qu'un appareil à pression devait être installé ainsi que la diminution de la prise de benzodiazépines. Le 10 septembre 2008, le SMR a estimé que le CEMed devait compléter son expertise psychiatrique, au vu des nouveaux éléments cités. Le 29 septembre 2008, un nouveau rapport a signalé que le patient disait mieux dormir mais présentait une grande somnolence diurne. Le 20 mars 2009, le CEMed a rendu un complément d'expertise fondée sur des entretiens des 31 octobre et 25 novembre 2008 dans lequel les diagnostics suivants ont été posés : Trouble mixte de la personnalité (F61.0) de début indéterminé. Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) depuis 2003. Dysthymie (F34.1) depuis 2003. Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) de début indéterminé. L'assuré se plaignait de douleurs inguinales essentiellement à gauche et permanentes. Les diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Une incapacité de travail totale devait être reconnue du 1^{er} novembre 2005 au 30 mai 2006. La profession de boucher devait être évitée et le retour au poste antérieur semblait peu réaliste de sorte qu'une orientation professionnelle était indiquée. Le 8 avril 2009, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû être à nouveau opéré en janvier et avril 2009. Il a transmis des rapports du Dr M_____ du centre de la douleur de la clinique Cecil des 15 décembre 2008 et 27 avril 2009 faisant état d'un séjour de l'assuré en vue de tester une éventuelle implantation d'une pompe à administration intrathécale et d'une implantation de celle-ci le 28 janvier 2009. La douleur des plis inguinaux était couverte par la médication intrathécale ainsi qu'un rapport du Dr B_____ du 13 janvier 2009 attestant d'un état psychiatrique stable. Le 7 mai 2009, l'assuré a été hospitalisé en entrée non volontaire à Belle-Idée. Il est sorti le 25 mai 2009. Le résumé du séjour du 2 juin 2009 a mentionné une recrudescence anxio-dépressive (dans le contexte des séquelles neurologiques, de l'intervention de janvier 2009 et également d'un énième refus d'octroi d'une rente AI) et d'idéation suicidaires avec actes parasuicidaires sous forme de scarification. Le 13 mai 2009, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed du 20 mars 2009 et ses conclusions. Le 23 mai 2009, l'assuré a été victime d'un accident (collision entre trois voitures). Il a été légèrement blessé (douleur au ventre). Le 15 juin 2009, l'assuré a subi une intervention (remplacement d'une batterie de stimulation médullaire de type PRIME par une batterie rechargeable). Le 9 juillet 2009, le Dr M_____ a prescrit à l'assuré une chaise roulante à domicile. Le 28 août 2009, le SMR a estimé que les hospitalisations à Belle-Idée étaient à intégrer dans le trouble mixte de la personnalité retenu par l'expert et ne modifiaient pas les conclusions précédentes. Par décision du 2 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se référant au rapport du SMR du 28 août 2009. Le 2 septembre 2009, l'assuré a requis de l'OAI un fauteuil roulant et un siège de bain d'élévation. Le 3 octobre 2009, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OAI du 2 septembre 2009 en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, préalablement à l'ordonnance d'une expertise indépendante. Il prenait quotidiennement dix-sept médicaments, ce qui empêchait une capacité de travail en raison des effets secondaires. Par ailleurs, il souffrait d'une thymie instable et avait dû être hospitalisé en entrée non volontaire aux HUG. L'interdépendances des troubles physiques et psychiques avait été mal évaluée par le CEMed. Il était arbitraire de conclure à une capacité

de gain entière au vu de son atteinte à la santé et du traitement ordonné. En outre, l'OAI aurait dû le soumettre d'abord à des mesures de réadaptation. Le 3 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que les expertises du CEMed avaient pleine valeur probante et que les rapports succincts du Dr B _____ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du CEMed. Le 16 novembre 2009, le recourant a fait valoir qu'il nécessitait un fauteuil roulant et a transmis les documents suivants : Un rapport du 8 septembre 2009 du Dr M _____ indiquant que le recourant présentait des limitations à la marche et nécessitait un fauteuil roulant. Un certificat du Dr N _____ du 14 septembre 2009 attestant d'un état du recourant préoccupant alternant entre un trouble dépressif sévère et moyen, avec actuellement une idéation suicidaire. Un rapport du 16 septembre 2009 du Dr M _____ selon lequel le recourant avait développé des douleurs neuropathiques à la suite d'interventions inguinales résistantes aux antidouleurs, hormis la pompe de morphine et bupivacaïne. Il avait cependant subi une lésion d'une racine nerveuse lors de la pose de la pompe, de sorte qu'il présentait une douleur très importante dans le membre inférieur droit nécessitant l'implantation d'un stimulateur médullaire. Il était également traité pour une dépression sévère. Le patient ne pouvait pas travailler du tout, ce qui justifiait des prestations de l'assurance-invalidité. Le 22 décembre 2009, le SMR a observé qu'il existait une aggravation depuis le 25 mai 2009 sur le plan psychique. Sur le plan somatique, il paraissait important que le Dr M _____ se prononce sur le status actuel. Une instruction complémentaire au psychiatre-traitant était justifiée ainsi qu'au Dr M _____. Le 15 janvier 2010, l'OAI a proposé que le Tribunal de céans interroge les médecins-traitants. Le 27 janvier 2010, le recourant a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Le 8 février 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr O _____ et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise. Par courrier du 23 février 2010, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'observations concernant la mission d'expertise. Par courrier du 17 mars 2010, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler, ni sur le choix de l'expert ni sur les questions qui lui seraient soumises. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 11 octobre 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les

conséquences juridiques font l'objet d'une décision. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 30 juin 2008, qui a été confirmé par la décision du 2 septembre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 3 octobre 2009. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGa). L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des

statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss 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 malade 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 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 consid. 2.2.3). 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose

ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que 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 du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de

traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée,

que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). a) En l'espèce, le recourant estime qu'un renvoi à l'intimé se justifie pour complément d'instruction et nouvelle décision. Quant à l'intimé, il sollicite que le Tribunal de céans interroge les médecins-traitants. b) Le CEMed a rendu deux expertises concernant le recourant les 26 mai 2008 et 20 mars 2009 concluant toutes deux à une capacité de travail totale du recourant depuis le 1 er juin 2006. Or, du point de vue psychiatrique ces deux expertises, en particulier la seconde, ne réunissent pas les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, le recourant a subi plusieurs hospitalisations pour raisons psychiatriques, lesquelles étaient connues du CEMed soit à la clinique genevoise de Montana en 2007 en raison d'un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec

somatisation puis en entrée non volontaire à Belle-Idée en août 2008 en raison d'un état dépressif sévère avec risque suicidaire. Postérieurement à l'expertise du 20 mars 2009, en mai 2009, il a à nouveau été hospitalisé en entrée non volontaire en raison d'une recrudescence anxio-dépressive avec idéation suicidaire et actes parasuicidaires. Par ailleurs, son psychiatre-traitant, le Dr B _____, qui suit le recourant depuis le 31 juillet 2006, a attesté depuis le début du suivi d'un épisode dépressif sévère depuis octobre 2005 conduisant à une incapacité de travail totale (avis du 26 octobre 2006, du 11 juin 2007 et du 13 janvier 2009). Le 14 septembre 2009 enfin, il a confirmé ses avis précédents en relevant un état du recourant préoccupant alternant entre un trouble dépressif sévère et moyen et en précisant qu'actuellement il présentait une idéation suicidaire. Ces avis médicaux psychiatriques sont en totale contradiction avec les conclusions du CEMed, lequel semble s'être fondé dès le départ sur la permise que le recourant était démonstratif (expertise du 26 mai 2008 p. 24), que la compliance aux médicaments n'était pas bonne et que le recourant était passif, de sorte qu'il ne faisait pas tout ce qui était possible pour améliorer sa capacité de gain (expertise du 26 mai 2008 p. 26). Une grande importance a été donnée à l'avis du Dr de A _____ (expertise du 25 mai 2008 p. 24) alors même que ce dernier n'a pas effectué le suivi du patient comme cela a été le cas du Dr B _____ dont les avis ont été écartés par le CEMed sans grande motivation. Le CEMed a aussi relevé que le trouble de l'humeur était survenu postérieurement à la demande de prestations AI (expertise du 26 mai 2008 p. 22) alors même que la demande de prestations mentionne une dépression suite aux douleurs ayant nécessité un suivi par le Dr B _____. Au demeurant, le CEMed a constaté des troubles neuropsychologiques mais considéré, sans motivation convaincante, qu'ils résultaient uniquement d'une problématique comportementale et considéré que les plaintes algiques de l'assuré et son comportement démonstratif s'inscrivaient dans le cadre d'une névrose de rente assimilable au précédent diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (expertise du 20 mars 2009 p. 12). Or, s'agissant des plaintes douloureuses, les médecins somaticiens ont attesté qu'elles provenaient de l'échec de plusieurs interventions des régions inguinales. En particulier, le Dr M _____ a attesté le 16 septembre 2009 que le recourant avait développé des douleurs neuropathiques à la suite de ces multiples interventions, que cette situation était tout à fait classique car 30 % des cures d'hernie inguinale provoquaient des douleurs neuropathiques et que le recourant avait en outre subi, lors d'une intervention en 2005, une lésion d'une racine nerveuse entraînant des douleurs neurologiques dans le membre inférieur droit. Il apparaît ainsi que les plaintes douloureuses du recourant semblent pouvoir être mises en relation avec des constatations objectives, contrairement à l'avis du CEMed. Au vu de ce qui précède et du fait que les parties considèrent qu'une instruction complémentaire se justifie, le Tribunal de céans ordonnera une expertise psychiatrique, la question de l'aspect somatique pouvant, en l'état, rester ouverte. Cette expertise sera confiée au Dr O _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr O _____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. M _____. Examiner M. M _____. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? Quelle est l'atteinte à la santé

dont souffre M. M_____ d'un point de vue psychiatrique ? En cas de trouble psychique : - Quel est le degré de gravité de celui-ci ? - Depuis quelle date est-il présent chez M. M_____ ? - Comment a-t-il évolué ? - Quel traitement est-il indiqué ? M. M_____ suit-il un traitement adéquat ? - Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? i. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui : Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ? Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? M. X subit-il une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? Existe-t-il chez M. X un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ? Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ? Dans quelle mesure peut-on exiger de M. M_____ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, M. M_____ dispose-t-il et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? j. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 2 septembre 2009 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? l. Etes-vous d'accord avec les expertises psychiatriques du CEMed des 26 mai 2008 et 20 mars 2009 ? Si non, de quelle manière et pour quels motifs êtes-vous en désaccord avec celles-ci ? (Veuillez motiver vos divergences de façon détaillée) m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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