



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1110/2017

ATAS/676/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 26 juillet 2019**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, à PLAN-  
LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Marc MATHEY-DORET

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur C\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le patient ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1967, employé des Services Industriels de Genève (SIG), a initialement été engagé par cette entreprise en mai 1988 en qualité de manutentionnaire dans la section « magasin ». Dès le 1<sup>er</sup> mars 1990, il a été promu en qualité d'employé polyvalent au sein de la section « index » des services financiers, fonction rebaptisée « agent technique » en 2001, correspondant au métier de releveur d'index.
2. En raison de problèmes de santé (lombaires chroniques et des deux hanches), l'assuré a formé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) en avril 2002.
3. Dans un rapport du 17 mai 2002, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de discopathies étagées de L1-S1 ; d'anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée (hémisacralisation gauche de L5) avec arthrose secondaire depuis janvier 2001 ; de lombalgies permanentes et de coxarthrose bilatérale plus grande à droite qu'à gauche depuis 1991. L'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 10 janvier au 20 mars 2001, de 50 % du 21 mars au 29 novembre 2001, de 100 % du 30 novembre 2001 au 3 février 2002, puis de 50 % pour une durée indéterminée.
4. Dans un rapport du 13 août 2002, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a relevé que l'assuré présentait des lombalgies basses, en barre, prédominant du côté gauche, irradiant occasionnellement sur la face postérieure des deux cuisses. Les mouvements avaient tendance à accentuer les troubles et plus particulièrement les mouvements de torsion, le port de charges ou les positions en porte-à-faux. Le repos n'offrait qu'un soulagement partiel. L'assuré avait suivi quatre-vingt séances de physiothérapie, sans bénéfice durable. À l'issue de l'examen clinique et de l'analyse des imageries (bilan radiologique, imagerie par résonance magnétique [IRM]), le médecin a retenu des lombalgies mécaniques sur anomalie de transition et troubles dégénératifs chez un patient avec une maladie de Scheuermann, sans trouble neurologique.
5. Dans le questionnaire pour l'employeur du 15 août 2002, les SIG ont indiqué que l'assuré travaillait quatre heures par jour depuis le 4 février 2002 – l'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de huit heures par jour – en tant qu'employé administratif sans qualification dans la section plan-réseaux (scannage de plans).
6. Le 29 septembre 2003, les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux praticiens auprès du service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR), ont examiné l'assuré. Dans leur rapport du lendemain, ils ont posé les diagnostics suivants: lombalgies chroniques persistantes dans le cadre troubles dégénératifs lombaires ; discrète coxarthrose bilatérale ; hypertension artérielle essentielle traitée et excès

---

pondéral. Sur la base de leur examen clinique et de l'analyse du dossier radiologique, ils ont conclu à un rachis bio-mécaniquement hautement fragilisé pour lequel il n'était pas possible d'offrir une solution thérapeutique efficace. La capacité de travail exigible n'excédait pas 50 %, même dans une activité adaptée. La diminution de la capacité de travail était due uniquement à des facteurs somatiques. Les limitations fonctionnelles étaient : possibilité de pouvoir alterner deux-trois fois par heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement de charges ; pas de port de charges excédant 5 kg et pas de travail en porte-à-faux du tronc. L'assuré ne présentait pas de limitation sur le plan psychiatrique.

7. Par décision du 26 janvier 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2002, basée sur un taux d'invalidité de 50 %.
8. Le 30 novembre 2007, l'assuré a requis une révision de sa rente d'invalidité, signalant une aggravation de son état de santé. En annexe à son courrier figurait un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2007, relevant que la symptomatologie se dégradait progressivement malgré le repos partiel, le traitement médicamenteux, la physiothérapie et le port d'un corset. La capacité de travail de l'assuré était de 40 %, pour une durée indéterminée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007.
9. Par avis du 9 janvier 2007, le SMR a indiqué qu'après discussion du dossier avec le Dr F\_\_\_\_\_, l'aggravation progressive attestée par le Dr D\_\_\_\_\_ était plausible. Il convenait d'admettre une incapacité de travail de 60 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2007 dans l'activité habituelle, qui était adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient inchangées.
10. Par décision du 25 août 2008, la rente d'invalidité a été augmentée à un trois-quarts de rente, basée sur un taux d'invalidité de 60 %, avec effet dès le 1<sup>er</sup> février 2008.
11. Une nouvelle demande de révision a été initiée en mars 2010, l'assuré étant en arrêt maladie à 100 %.
12. Dans un rapport intermédiaire du 23 mars 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé, avec changements de diagnostics, depuis le début de l'année 2010 (nécessitant un arrêt de travail à 100 %). Il y avait une aggravation d'un processus inflammatoire rhumatologique touchant particulièrement les poignets des deux côtés (ddc). L'évolution était actuellement très défavorable, avec un processus inflammatoire rhumatologique floride, handicapant grandement le patient, lequel faisait l'objet d'investigations et de prise en charge régulière et rigoureuse par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, professeur et médecin adjoint au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaire de Genève (HUG) (ci-après : le Prof H\_\_\_\_\_). Les limitations fonctionnelles concernaient la mobilité, les déplacements, et les ports de charges. L'assuré présentait une augmentation des algies articulaires. Dès le 10 mars 2010, la capacité de travail était de 0 % dans son poste de travail en qualité de fonctionnaire. La compliance était optimale et rigoureuse. Bonne concordance

entre les plaintes du patient et l'examen clinique. Le traitement en cours consistait en repos, prescription d'AINS et d'anti-TNF, ainsi que physiothérapie. L'assuré ne présentait pas de troubles psychiques. Une reprise de travail était envisageable ultérieurement, mais pas à plus de 20 %. Un examen médical complémentaire n'était pas d'actualité, le patient étant pris en charge par le service de rhumatologie des HUG.

13. Dans un rapport du 20 avril 2010, le Prof H\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants: polyarthrite dès l'été 2008 ; lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit et lipomatose épидurale dès 1998 ; hémochromatose avec probable arthropathie microcristalline dès 2008; et sans effet sur la capacité de travail: état dépressif probablement secondaire aux douleurs, existant probablement depuis 2008. Le patient était en traitement ambulatoire auprès de lui depuis le 30 octobre 2009. Il avait été hospitalisé au service de rhumatologie du 11 au 17 novembre 2008 et au service de dermatologie du 16 au 28 février 2009.

À l'anamnèse, le médecin a relevé des lombalgies chroniques dès la fin des années 1990, attribuées à un canal lombaire étroit et instabilité vertébrale; une amélioration avait été partielle par physiothérapie. Au début des années 2000, des arthralgies progressives étaient apparues, évoluant sous forme de crises au niveau des mains, poignets, coudes, genoux et chevilles, avec un fond douloureux constant. L'évolution avait été mauvaise sous anti-inflammatoires et antalgiques (Tramal). En 2005, un prurit était apparu affectant les mains, pieds et genoux, associé à des lésions érythémateuses fugaces avec dermographisme. Une hémochromatose double hétérozygote avait alors été mise en évidence (H63 D et C 282 T) génotype qui conduisait à une surcharge en fer modérée, qui pourrait expliquer une partie des symptômes. Un traitement de saignées avait été entrepris, sans amélioration notable. En raison de la persistance d'arthralgies extrêmement sévères, un traitement d'anti-TNF Enbrel (50 mg/semaine) avait été initié le 5 janvier 2010 avec apparition d'effets secondaires (brûlures, érythème-tuméfactions). Un traitement d'Humira (40 mg/semaine) avait alors été instauré le 29 février 2010 avec amélioration très partielle. Actuellement, l'assuré présentait des douleurs importantes de toutes les articulations. Le status mettait en évidence des douleurs à la palpation et mobilisation de toutes les articulations synoviales ainsi que les IPDs. L'IRM de la main mettait en évidence une perforation du ligament triangulaire du carpe et une formation ovalaire le long du fléchisseur du pouce, de nature incertaine, sans signes francs de synovite ou ténosynovite. Le pronostic était difficile à déterminer; la nature exacte des affections était encore peu claire. Les traitements entrepris à ce jour n'avaient pas eu d'effets très nets. Le pronostic dépendait de la réponse éventuelle à d'autres traitements (il était prévu d'initier un traitement d'anti-IL1, si les symptômes persistaient à ne pas s'améliorer de manière plus significative, ainsi qu'un nouvel essai de traitement antidépresseur).

L'incapacité de travail avait été de 40 % du 1<sup>er</sup> février 2008 au 2 janvier 2010 et totale dès le 3 janvier 2010. Les restrictions physiques étaient : des arthralgies, des myalgies, des lombalgies et un état dépressif probablement secondaire aux douleurs. Il était difficile de dire si l'activité exercée était encore exigible. Cela dépendrait de la réponse au traitement, mais elle l'était probablement compte tenu de l'absence de lésion significative à l'IRM des mains. Le rendement était très probablement réduit (travail plus lent - douleurs et fatigue), absentéisme augmenté, probablement aux alentours de 20 %. Théoriquement, les restrictions énumérées pouvaient être réduites par l'optimisation du traitement des polyarthralgies. D'autres mesures professionnelles étaient difficiles à envisager ; le poste de travail actuel (travail de bureau-courrier) était relativement bien adapté à quelqu'un souffrant d'arthralgies et de lombalgies. Une reprise de travail serait possible à 40 %. L'assuré pouvait envisager une reprise à l'essai à 40 % dès mi-mai (2010).

14. Dans un avis du 8 juin 2010, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin auprès du SMR, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé avec une incapacité de travail totale depuis le 3 janvier 2010 en relation avec un rhumatisme inflammatoire. En fonction des constatations du rhumatologue traitant, et les mesures en cours, notamment du traitement d'Humira, il y avait lieu de réévaluer la situation à six mois du début du traitement. Il conviendrait alors de lui resoumettre le dossier.
15. Par courrier du 6 juillet 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a mis en évidence une dégradation rapidement progressive de l'état de santé de l'assuré, en relation avec une atteinte inflammatoire rhumatismale; la capacité de travail se réduisait de mois en mois.
16. Dans un rapport intermédiaire du 21 septembre 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé une aggravation de l'état de santé depuis début été 2010, sans changements de diagnostics. L'évolution était toujours défavorable (avec un processus inflammatoire floride, handicapant grandement le patient). Les limitations fonctionnelles étaient: une forte augmentation des douleurs, le port de charge impossible et une mobilité limitée. La capacité de travail était de 10 % depuis le 10 août 2010. L'assuré le consultait 1x/10 jours environ. Actuellement, le patient travaillait à 10 %, avec beaucoup de difficultés.
17. Dans un rapport du 11 novembre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants: polyarthrite inflammatoire et lombalgies sur canal lombaire étroit; et sans effet sur la capacité de travail: hémochromatose, asthme bronchique, hypothyroïdie et urticaire. L'assuré avait été hospitalisé en rhumatologie aux HUG du 16 au 23 août 2010. Le pronostic était mauvais. Aucune position de travail n'était possible (exigible). Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées par les médicaments et les douleurs, depuis avril 2010. L'assuré avait besoin d'utiliser un moyen auxiliaire (corset). Le médecin a annexé à son rapport plusieurs documents médicaux notamment :

- 
- un rapport du Prof H\_\_\_\_\_ au généraliste traitant du 29 avril 2010, reprenant les éléments mentionnés dans son rapport du 20 avril 2010 (ch. 13 ci-dessus). Le patient était extrêmement algique à la déambulation, palpation et mobilisation. Il présentait des douleurs diffuses à la palpation du rachis avec mobilité fortement diminuée ; des douleurs à la palpation et mobilisation de toutes les articulations synoviales, sans tuméfaction ou autre signe objectif d'arthrite ; ainsi que des douleurs diffuses à la palpation des masses musculaires, de toutes les anthèses et de tous les points de fibromyalgie. Le tableau clinique était extrêmement atypique. Les problèmes lombaires ne sauraient expliquer l'ensemble de la symptomatologie. La distribution et l'intensité des douleurs extrêmement diffuses évoquaient, d'un point de vue clinique, un syndrome douloureux chronique non organique. Le médecin poursuivait les investigations à la recherche d'une éventuelle tumeur cachée;
  - un rapport du département de médecine interne/rhumatologie des HUG au Prof H\_\_\_\_\_ du 23 août 2010, relatif au séjour du patient dans ce service du 16 au 23 août 2010 pour cure d'Anakinra. L'assuré était connu pour des polyarthralgies d'origine indéterminée avec échec de plusieurs traitements depuis dix ans. Au status d'admission étaient mises en évidence une papulopustulose folliculaire au niveau du tronc, une sensibilité à la palpation de toutes les anthèses avec tous les points de fibromyalgie positifs ainsi que des douleurs à la palpation et à la mobilisation des articulations diffusément à prédominance périphérique symétrique sans synovite et avec des amplitudes articulaires conservées. Le traitement par de l'Anakinra n'avait apporté aucune amélioration de la symptomatologie jusqu'à la sortie de l'hôpital. Le traitement antalgique habituel était poursuivi.
18. Dans un rapport intermédiaire du 23 novembre 2010, le Prof H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré, il était stationnaire depuis le dernier rapport. L'assuré éprouvait des douleurs importantes à l'utilisation des articulations des membres supérieurs et inférieurs et présentait une fatigabilité. La capacité de travail était de 20 % environ dans toute activité. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.
19. Dans un avis du 25 janvier 2011, le SMR a relevé que le dossier était complexe; seule une expertise rhumatologique permettrait de définir la capacité de travail actuelle de l'assuré dans son emploi de bureau ainsi que ses limitations fonctionnelles.
20. L'expert désigné, le Prof J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu son rapport le 23 mars 2011. Après avoir procédé à une anamnèse personnelle, consigné l'évolution de la maladie, décrit les différents traitements qui se sont succédés dans le temps, relevé les plaintes subjectives du patient, procédé à son status clinique, et examiné le dossier radiologique, il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants: lombalgies chroniques (depuis une quinzaine d'années) ; anomalie transitionnelle L5-S1 (congénitale) ; séquelles de maladie de

Scheuermann (probablement présente depuis l'adolescence) ; trouble somatoforme douloureux (ci-après: TSD), coxarthrose légère; et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: obésité sévère (depuis de nombreuses années) ; hypertension artérielle (HTA), crises d'asthme traitées ; état anxieux ; hémochromatose génétique double hétérozygote avec surcharge ferrique modérée sans répercussion d'ordre rhumatologique (laboratoire d'hématologie des HUG) ; et possible arthropathie microcristalline du genou droit.

Dans la discussion du cas, l'expert a observé que le patient souffrait de douleurs diffuses s'étant manifestées d'abord dans la région rachidienne et lombaire, puis plus récemment sur les articulations périphériques. Toutes les tentatives d'attribuer ses problèmes d'ordre rhumatologique à une maladie rhumatologique déterminée, comme une polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, spondylarthrite ankylosante, s'étaient révélées négatives. Il n'existait pas d'argument pour une arthropathie microcristalline non plus. Toutefois, il y avait eu une prise en charge d'ordre rhumatologique extrêmement lourde avec non seulement un traitement par stéroïdes sous forme de perfusion, mais également par des traitements biologiques; tous révélés inefficaces, selon le patient, ce qui, - commente l'expert -, ne le surprenait pas, vu l'absence d'une maladie rhumatismale inflammatoire sous-jacente déterminée. Le patient présentait donc un état douloureux chronique avec une surcharge fonctionnelle majeure dans le cadre d'un TSD. La lombalgie avec troubles de la charnière lombo-sacrée (hémisacralisation) et les séquelles de Scheuermann pouvaient expliquer la symptomatologie, mais de façon très limitée.

Quant aux limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés: au plan physique, il y avait une limitation par résistance active de la mobilité lombaire, des épaules, des mains et des membres inférieurs; au plan psychique et mental: le patient paraissait fortement ralenti. Il signalait des troubles mnésiques, paraissait fort anxieux sur son état de santé, envisageait de faire poursuivre les investigations par un examen cardiologique, puis un examen au Centre de la douleur de Morges. Au plan social, il ne semblait pas y avoir de problèmes.

Sur le plan somatique, la capacité résiduelle de travail était de 75 % (eu égard aux problèmes statiques rachidiens et à une possible coxarthrose débutante). L'activité exercée jusqu'ici était encore possible à 75 % (six heures et demi par jour). Le rendement était diminué de 25 % environ en raison de l'obésité morbide et du ralentissement moteur. Il y avait une incapacité de travail de 20 % au moins depuis 2002. Depuis lors, le patient était en grande partie incapable de travailler. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient possibles, immédiatement. Il était possible d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent en diminuant les traitements médicaux, notamment la corticothérapie, par un renforcement musculaire, par exemple en piscine, un reconditionnement à l'effort, une perte pondérale ainsi qu'une psychothérapie de soutien. À la question de savoir quelle serait l'influence de ces mesures sur la capacité de travail, l'expert a répondu

qu'il ne pouvait pas se prononcer, le patient paraissant extrêmement concentré sur ses douleurs et incapable, semble-t-il, de faire le moindre geste, par crainte de les réveiller. Un bilan d'ordre psychiatrique pourrait être envisagé. D'autres activités étaient exigibles (travail en position assise avec possibilité de se lever dix minutes environ chaque heure), l'activité adaptée pouvant se développer sur huit heures par jour, avec une diminution de rendement d'environ 20 %.

21. Par avis du 5 juillet 2011, le SMR a repris les conclusions de l'expert, relevant que ce dernier ne confirmait pas le diagnostic d'atteinte rhumatologique inflammatoire, ni de répercussion de l'hémochromatose sur l'appareil locomoteur, mais retenait des troubles dégénératifs et une anomalie congénitale, et le diagnostic de TSD. Il concluait à une capacité de travail horaire de 75 % sur le plan somatique, avec diminution de rendement de 25 % attribuée à l'obésité et au ralentissement dans l'activité exercée, tout en proposant un bilan psychiatrique, en regard d'un état anxieux, d'un ralentissement important, et de troubles de la mémoire (le SMR relevant que le ralentissement et les troubles de la mémoire n'avaient pas été décrits dans les rapports médicaux antérieurs). En conclusion, après avoir examiné le dossier avec le Dr I\_\_\_\_\_, le SMR considérait que l'expertise rhumatologique permettait de manière convaincante d'exclure une aggravation sur le plan rhumatologique, en l'absence d'éléments objectifs démontrant un état inflammatoire actuel des articulations, tant dans le rapport d'expertise que dans les rapports des rhumatologues intervenants. En regard des exigences de la jurisprudence, et pour déterminer la présence/absence d'une comorbidité psychiatrique grave ou de facteurs de gravité dans le contexte du diagnostic retenu par l'expert rhumatologue (TSD apparaissant pour la première fois lors de l'instruction actuelle), le SMR proposait une expertise psychiatrique.

22. L'expertise psychiatrique a été confiée au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), au docteur K\_\_\_\_\_, médecin interne au département de santé mentale de psychiatrie des HUG, en tant qu'expert, sous la supervision du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint.

L'expert a rendu son rapport le 26 octobre 2011. Il s'est basé sur deux entretiens avec l'assuré (15 et 22 septembre 2011); un entretien avec l'épouse de ce dernier; des entretiens téléphoniques avec le Prof H\_\_\_\_\_ (le 19 septembre 2011), et les Drs D\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ (le 4 octobre 2011), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant; l'étude du dossier médical remis par l'assuré ainsi que l'étude du dossier de l'OAI. Après avoir consigné l'anamnèse personnelle, sociale et professionnelle, médicale (somatique) et psychiatrique, et résumé les entretiens téléphoniques avec les divers intervenants ainsi que l'avis de l'épouse de l'assuré dans le cadre d'un entretien de couple du 6 octobre 2011, l'expert a enregistré les plaintes et données subjectives de l'assuré, procédé au status clinique, ainsi qu'à une évaluation psychométrique (échelle MADRS) 29/60, correspondant à une dépression d'intensité légère (F32.0). L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a retranscrit le contenu des entretiens téléphoniques qu'il avait eus avec les médecins traitants comme suit : le Prof H\_\_\_\_\_ considérait que l'assuré souffrait d'une maladie atypique en raison de la difficulté d'interpréter les données médicales objectives obtenues. Les modifications à l'IRM et les tuméfactions ponctuelles articulaires, avérées, ainsi que l'augmentation de certains marqueurs inflammatoires, étaient à son avis des arguments en faveur d'une maladie rhumatologique. Selon lui, la lipomatose épidurale, l'hémochromatose et la maladie rhumatologique expliquaient vraisemblablement le syndrome douloureux qu'il considérait comme étant d'origine somatique. Le Dr D\_\_\_\_\_ était convaincu du mal-être physique majeur de l'assuré. Les douleurs étaient importantes. Le médecin avait constaté à de multiples reprises des tuméfactions articulaires qui allaient dans le sens d'une maladie rhumatologique, peut-être atypique. Une composante psychique minime n'était pas exclue, due au syndrome douloureux. Le Dr M\_\_\_\_\_, quant à lui, estimait que l'état dépressif était réactionnel aux douleurs et au manque de perspective thérapeutique. Il n'existait pas d'argument clinique en faveur d'un autre trouble psychiatrique.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, l'expert a estimé, par rapport au diagnostic de TSD suggéré par l'expert rhumatologue, que dans la mesure où le Prof H\_\_\_\_\_ et le généraliste traitant n'approuvaient pas les conclusions de l'expert rhumatologue, il ne serait pas légitime de poser le diagnostic psychiatrique de TSD qui supposait l'exclusion d'une affection somatique pouvant expliquer l'intensité et la persistance des douleurs rapportées. Ce point n'était pas acquis. La douleur n'était pas survenue dans un contexte de « conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux, ... [pouvant] être considérés comme la cause essentielle du trouble » (selon CIM-10 p.150). L'expert a ajouté qu'il n'existait pas d'argument pour retenir le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68. 0). L'assuré n'avait pas eu, lors des entretiens, une attitude histrionique. Par ailleurs, il souffrait d'un épisode dépressif léger, apparu progressivement en réaction à la douleur chronique, mais qui n'était pas source d'incapacité en tant que telle. Les troubles mnésiques occasionnels étaient très probablement liés à l'importante médication. Enfin, l'assuré n'avait pas été soumis à des stress psychosociaux particuliers. Le handicap semblait néanmoins sévère comme en témoignait la dépendance à autrui, l'altération de son réseau social, l'abandon de ses activités habituelles et l'importance de la demande de soins. L'évaluation des limitations physiques étaient du ressort des spécialistes en rhumatologie; sur le plan psychique et mental, il n'y avait que des limitations mineures; au plan social également les limitations étaient mineures.

Du point de vue psychiatrique, l'activité exercée jusqu'ici était exigible à plein temps ; les troubles psychiatriques diagnostiqués (épisode dépressif léger) n'avaient pas de répercussion sur l'activité habituelle. Les troubles strictement psychiatriques pourraient entraîner une légère baisse de rendement de l'ordre de 20 %. L'expert estimait encore que l'assuré était capable de s'adapter à son environnement

professionnel, et que des mesures de réadaptation professionnelle étaient sans objet. Il n'y avait pas de traitement psychiatrique susceptible d'améliorer la capacité de travail. La question de savoir si d'autres activités étaient exigibles était sans objet. En conclusion, l'expert a retenu que la capacité de travail de l'assuré n'était pas affectée par des troubles psychiatriques, mais qu'elle l'était très certainement par les douleurs ostéo-articulaires sévères et chroniques dont il souffrait. Les avis des spécialistes divergeaient quant à leur étiologie, il n'appartenait pas à l'expert psychiatre de se prononcer à ce propos.

23. Le SMR s'est prononcé au sujet de cette expertise dans un avis du 14 février 2012. En conclusion et en synthèse des résultats des expertises rhumatologique et psychiatrique, le SMR a conclu qu'en l'absence de fibromyalgie ou de TSD, il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique ni sur le plan rhumatologique, autre que ce que l'expertise du Prof J\_\_\_\_\_ mentionnait.
24. Un premier entretien, sous l'égide du service de réadaptation professionnelle a eu lieu le 16 août 2012. Le réadaptateur a reçu l'assuré pour lui faire part des conclusions du SMR par rapport à sa demande de révision de rente. L'assuré s'est dit atterré par ces conclusions, dès lors que ses médecins traitants, de façon unanime, s'accordaient à considérer qu'il ne pouvait pas travailler plus de quatre heures par semaine et encore, ceci afin qu'il puisse se changer les idées. Il a indiqué que rien que ces quatre heures hebdomadaires, effectuées le lundi matin, lui étaient extrêmement pénibles: il en ressortait exténué. Il était prévu un nouvel entretien avec l'employeur, afin de discuter de la situation, de la place de travail et des tâches effectuées par l'assuré.
25. L'assuré a été hospitalisé du 25 septembre au 11 octobre 2012 à la clinique genevoise de Montana, pour l'adaptation du traitement antalgique et de la thymie.
26. À la demande de l'OAI, dans un courrier du 26 octobre 2012, les SIG ont indiqué que l'assuré avait pu successivement être reclassé en interne, passant successivement de releveur d'index à employé de bureau. En février 2002, il avait été placé sur une mission longue durée au sein de la section « plans réseaux » en tant qu'administratif assigné au scannage des plans cadastraux-plans réseaux SIG, mandat créé sur mesure pour l'assuré, pour un taux d'activité de 50 %. Dès mai 2003, il avait été transféré auprès du service « comptabilité » en tant qu'employé administratif chargé de traitement du courrier. Entre 2005 et 2009, la situation médicale de l'assuré s'était à nouveau dégradée, entraînant un absentéisme complet dès la fin 2009, qui avait eu pour conséquence que l'intéressé s'était retrouvé en fin de droit au salaire à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011. Dès cette date, et en lien avec les statuts de l'employeur, relevant du droit public, il lui avait été ouvert un contrat de droit privé type « surnuméraire », dans le cadre duquel il était salarié à hauteur des heures effectivement accomplies. L'employeur a précisé que le maintien du collaborateur dans cette activité était une mesure purement sociale de la part des SIG.

27. Le 12 février 2014, le service de réadaptation a déterminé le degré d'invalidité : la comparaison des revenus aboutissait au calcul suivant : le revenu sans invalidité, selon les données de l'employeur du 7 mai 2013, s'élevait à CHF 100'801.-. Le revenu avec invalidité (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, tableau TA1, tous secteurs confondus [total] pour une activité simple et répétitive [niveau 4], pour un taux de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %, actualisé à 2012 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux [ISS] était de CHF 49'773.-. La perte de gain de CHF 51'028.- correspondait à un degré d'invalidité de 50.6 %. Il n'avait pas été opéré de réduction supplémentaire sur le salaire statistique, car les limitations fonctionnelles étaient déjà prises en compte par l'admission d'une diminution de rendement.
28. Par courrier du 10 avril 2014, le Prof H\_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI que le patient présentait une accentuation de la péjoration, avec la persistance de signes inflammatoires malgré un traitement agressif d'immunosuppresseurs et antalgiques. La situation s'était en outre compliquée d'un état dépressif prononcé et préoccupant, malgré les fortes doses d'antidépresseurs prescrits par le psychiatre. Le patient poursuivait son travail actuellement à 10 % avec un courage remarquable. Le médecin estimait donc sa capacité de travail à 10 % au maximum.
29. Par avis du 24 octobre 2014, le SMR a invité le gestionnaire à recueillir un rapport médical initial du Prof H\_\_\_\_\_ ainsi que du psychiatre traitant, au vu du rapport médical du 10 avril 2014 susmentionné, faisant état d'une aggravation.
30. Le Dr M\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a établi son rapport le 21 novembre 2014. Il suivait le patient depuis le 24 mars 2011. La dernière consultation remontait au 18 novembre 2014. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient: une maladie rhumatologique inflammatoire, des polyarthralgies et des lombalgies chroniques (il renvoyait à cet égard aux médecins traitants spécialistes), une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), des apnées du sommeil probable (se référant au docteur N\_\_\_\_\_, FMH en pneumologie), et sur le plan purement psychiatrique: un trouble anxio-dépressif « réactionnel » (c'est le médecin qui souligne). Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il renvoyait au médecin traitant généraliste, mentionnant un diabète II, une hémochromatose, et une HTA traitée. L'assuré avait été hospitalisé à la clinique genevoise de Montana du 26 août au 6 septembre 2013 (« dernier séjour »). Sur le plan anamnestique, le médecin a rappelé la situation familiale du patient et son parcours professionnel, l'apparition de ses troubles somatiques et leur aggravation, puis l'anamnèse psychiatrique dès l'apparition des premiers symptômes en 2011 (trouble anxio-dépressif réactionnel à l'aggravation de ses troubles somatiques), se traduisant par une humeur dépressive avec idées morbides, asthénie, difficultés de concentration, troubles mnésiques, perte de l'intérêt et du plaisir, sentiment de culpabilité, tension nerveuse, angoisse, fatigabilité, irritabilité, sensation d'être à bout. Quant au traitement, sur le plan psychiatrique, il suivait une psychothérapie médicale individuelle à fréquence hebdomadaire, associée à une prescription de

---

psychotropes (Paroxétine, Lexotanil, Zolpidem). Le médecin recommandait la poursuite du traitement engagé, adapté à l'évolution et à l'aggravation somatique. Sur le plan de l'incapacité de travail en qualité d'aide-comptable, il renvoyait au médecin généraliste, qui gérait cet aspect. Quant aux restrictions physiques mentales ou psychiques existantes, sur le plan purement psychiatrique, il énonçait les troubles de concentration et mnésiques, une fatigabilité, une résistance au stress réduite, un rendement limité et influencé par les douleurs chroniques accrues, une limitation dans la diversité des tâches (position, poids, ...). Le rendement était réduit, sur le plan purement psychiatrique, en raison des troubles de concentration et mnésiques.

31. Le Prof H\_\_\_\_\_ a adressé son rapport le 12 décembre 2014. Il a retenu les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail: canal lombaire rétréci sur lipomatose épidurale, arthropathie inflammatoire de nature incertaine (probable spondylarthrite) avec douleurs diffuses, épisode de tuméfaction des petites et grosses articulations, œdème du rachis à l'IRM, synovites à l'ultrason, augmentation du facteur du complément C3, augmentation de l'IL-1Ra sérique, hypercaptation scintigraphique (surtout au niveau des coudes), hémochromatose, état dépressif probablement secondaire, réactions allergiques au Mabthera, et BPCO sévère. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était un diabète de type II. Le traitement ambulatoire initié le 30 octobre 2009 était toujours en cours. L'assuré avait été hospitalisé trois fois: une fois en dermatologie et deux fois en rhumatologie. Sur le plan anamnestique, le médecin a rappelé à gros traits l'historique médical du patient, mentionnant ses propres constatations objectives. Le pronostic était mauvais (traitement très insuffisant et épuisement des alternatives thérapeutiques). Le traitement actuel était de type immunosuppresseur, anti-inflammatoire, antalgique et antidépresseur particulièrement lourd; sans plan de changement prévu pour l'instant, tout ayant été essayé. L'incapacité de travail était de 90 % dans l'activité de releveur de l'index, depuis mai 2010, toujours actuel. Les limitations étaient dues aux lombalgies, arthromyalgies sévères, fatigue, fatigabilité, et troubles de la concentration se traduisant au travail par des difficultés au déplacement et à la manipulation, ainsi qu'un manque de rendement. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible, à 10 %, le médecin précisant toutefois « mais très difficilement, sans garantie de possibilité de poursuite ». Le rendement était réduit; il n'existait pas d'activités plus adaptées aux restrictions énoncées, l'incapacité de travail ne pouvant être réduite par des mesures médicales. Le médecin s'est également prononcé sur le type de positions exigibles dans des activités adaptées: pour celles qu'il retenait (uniquement en position assise, uniquement en position debout, activité dans différentes positions et principalement en marchant), il a précisé: au taux de 10 %. Il a encore annexé à son rapport d'autres documents médicaux: - un rapport d'IRM dorso-lombaire du 3 octobre 2014 concluant à la mise en évidence de quelques discopathies dorsales avec discret débord discal (D8-D9 et D9-D10). Au niveau lombaire, il existait une lipomatose causant un discret rétrécissement canalaire, sans hernie discale, de sténose

---

foraminale. Était relevée une prise de contraste au niveau des articulaires postérieurs en L4-L5 et L5-S1, témoignant d'une atteinte inflammatoire à ce niveau, de même qu'au niveau inter-épineux en L4-L5; - un rapport d'analyses du sang veineux du laboratoire d'immunologie et allergologie clinique des HUG du 17 janvier 2014.

32. Le SMR (Dresse O\_\_\_\_\_) a émis un nouvel avis le 5 mars 2015. Il a rappelé que l'assuré était au bénéfice d'une demi-rente octroyée depuis 2002, portée à trois-quarts de rente depuis 2008, en raison de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, avec présence en arrière-plan, d'un canal lombaire rétréci sur lipomatose épидurale et d'une hémochromatose. Dans le cadre de la révision, le SMR avait rendu un avis final le 14 février 2014 (recte: 2012), dans le sens d'une absence d'aggravation (état stationnaire par rapport à l'octroi du trois-quarts de rente), basée sur les conclusions d'une expertise rhumatologique de mars 2011 (Prof J\_\_\_\_\_), et psychiatrique de 2012 (recte : 2011) (Dr L\_\_\_\_\_). Le SMR a rappelé les divergences entre les conclusions du Prof H\_\_\_\_\_ et celles du Prof J\_\_\_\_\_ (ce dernier aboutissant à un diagnostic de TSD). Une forte composante somatoforme était constatée par le Prof J\_\_\_\_\_, mais en l'absence d'éléments de gravité jurisprudentiel et de comorbidité psychiatrique, le SMR avait jugé celle-ci comme sans répercussion sur la capacité de travail. En avril 2014, une comparaison des revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 50.6 %. À ce même moment, le Prof H\_\_\_\_\_ attestait une accentuation de la péjoration de l'état de santé sur le plan rhumatologique et psychiatrique ; le SMR a résumé les constatations détaillées du rhumatologue traitant. Évoquant le rapport du psychiatre traitant et les rapports d'hospitalisations aux HUG, et visant l'intégralité des rapports de consultation ambulatoire en rhumatologie, le SMR a conclu que pour l'heure il existait peu d'éléments en faveur d'une aggravation manifeste de l'état de santé. Néanmoins, en raison de la notion de synovites qui auraient été observées (sans précision au sujet des articulations concernées, ni quant à la date de ces constats, ni quant à leur fréquence), il était nécessaire d'obtenir du Prof H\_\_\_\_\_ la copie de l'intégralité des rapports de consultations ambulatoires et consiliums depuis 2011, ainsi que les rapports d'examen échographiques et de scintigraphies faites aux HUG. Le SMR déterminerait la suite à donner, à réception de ces éléments.
33. Le généraliste traitant a adressé à l'OAI, le 25 mars 2015, la seule copie du rapport échographique en sa possession, soit celui des mains, du 20 janvier 2014, renvoyant pour le surplus au Prof H\_\_\_\_\_. L'indication de cette échographie était la recherche de synovites. Le résultat était négatif concernant d'éventuelles synovites ou ténosynovites.
34. Le 7 juillet 2015, après plusieurs rappels, l'OAI a reçu des services du Prof H\_\_\_\_\_ la copie des rapports de consultations ambulatoires et consiliums depuis 2011 (dossier de 121 pages incluant notamment des rapports d'analyse ainsi que les notes manuscrites de suivi (HUG) de 2009 à 2015, des rapports d'histologie,

---

d'électroneuromyographie, ainsi que la copie de rapports de divers spécialistes et de rapports d'hospitalisation). En particulier, ce dossier contenait :

- un rapport du Prof H\_\_\_\_\_ du 17 février 2009, posant les diagnostics de possible spondylarthropathie indifférenciée ; d'un canal lombaire étroit avec lipomatose épidurale ; et d'une périarthrite de hanche droite. Le patient avait été hospitalisé au mois de novembre 2008 en rhumatologie pendant une semaine pour investigations de polyarthralgies et de lombalgies chroniques. Concernant les polyarthralgies, en l'absence d'arguments biologiques ni cliniques ni radiologiques pour un rhumatisme inflammatoire, il avait été conclu à des douleurs articulaires possiblement en lien avec une goutte avec une composante de syndrome douloureux chronique. Une IRM lombaire de la colonne lombaire avait mis en évidence un rétrécissement constitutionnel du canal lombaire. Les diagnostics différentiels qui pourraient expliquer les lombalgies avec atteinte polyarticulaire étaient : une spondylarthropathie ; une chondrocalcinose ; une goutte polyarticulaire (ce diagnostic semblait moins probable au vu d'une uricémie normale et de l'absence de lésions évocatrices à la radiographie) ; une ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie (évoquée en raison de douleurs à la palpation du périoste au niveau des radius et des tibias chez un ancien tabagique, mais moins probable en l'absence d'hypocratisme digital) ; une connectivite (mais semblait très peu probable au vu de l'absence de syndrome inflammatoire). Si toutes les investigations n'étaient pas contributives, il serait probablement retenu le diagnostic de spondylarthropathie indifférenciée ;
- un rapport du service de rhumatologie des HUG du 23 août 2010, relevant notamment que, sur le plan biologique, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire ;
- un rapport du Prof H\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2010, indiquant que le syndrome douloureux restait mal explicable avec des douleurs extrêmement marquées. Les tests d'imagerie étaient restés négatifs, « sous réserve de la biopsie musculaire qui était programmée pour éliminer une très éventuelle myopathie, peu probable au vu de la biologie et des IRM, et en dehors de modifications discrètes, à la scintigraphie osseuse, au niveau du coude gauche, non spécifiques et compatibles avec des troubles dégénératifs débutants ». Les seules anomalies biologiques mises en évidence (discrètes augmentation de l'IL1RA et des facteurs du complément) n'étaient pas claires mais possiblement en rapport avec l'hémochromatose qui pouvait provoquer des désordres métaboliques au niveau du foie. Il était donc extrêmement peu probable que le syndrome douloureux diffus soit dû à une maladie auto-inflammatoire. Le canal lombaire étroit avec lipomatose était peut-être en rapport avec des douleurs lombosciatalgiques mais n'expliquait certainement pas les douleurs périphériques multiples ;

- 
- un rapport du Prof H\_\_\_\_\_ du 11 février 2011, posant les diagnostics de syndrome douloureux chronique, probablement multifactoriel dans le contexte d'un canal lombaire étroit avec lipomatose épидurale ; et d'une maladie inflammatoire d'origine indéterminée avec douleur synoviale, épisodes récurrents de tuméfactions, parfois accompagnées d'œdème à l'IRM, augmentation de IL1RA et des facteurs du complément ;
  - le rapport de la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie électroneuromyographie, du 13 octobre 2014 au sujet de divers examens cliniques et neurologiques, relevant que les résultats de l'examen électroneuromyographique étaient normaux et n'apportaient pas d'arguments électrophysiologiques en faveur d'une atteinte nerveuse périphérique, radiculaire ou tronculaire. Ces techniques n'étudiaient toutefois pas les petites fibres de la sensibilité thermo-algique qui semblaient davantage touchées. Un complément d'examen à la recherche d'une atteinte des petites fibres pourrait être effectué ;
  - un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2014, mentionnant que l'IRM dorso-lombaire du 3 octobre 2014 était relativement stable. Il existait une très discrète discopathie D8-D9 et D9-D10 qui était assez banale. Au niveau L4-L5 et L5-S1, il existait une surcharge au niveau des articulaires postérieures avec une réaction inflammatoire associée. Il existait surtout une lipomatose intracanaulaire lombaire qui pourrait expliquer des tensions articulaires sciatiques occasionnelles.

35. Le SMR (O\_\_\_\_\_) s'est à nouveau prononcé dans un avis du 10 septembre 2015, après étude du dossier médical reçu le 7 juillet 2015. Il a rappelé préalablement qu'il s'agissait de déterminer si l'état de santé s'était aggravé depuis le rapport final du SMR du 7 mai 2012 basé sur les deux expertises effectuées en 2011.

Sur le plan rhumatologique, le SMR notait que des documents anciens (2011) évoquaient déjà un diagnostic différentiel avec une spondylarthrite ankylosante et mentionnent des « épisodes récurrents de tuméfactions, parfois accompagnés d'œdème à l'IRM ». Parmi les documents transmis, aucun rapport de radiologie n'était retrouvé. Toutefois, indirectement, les rapports d'hospitalisation et de consultations signalaient que l'imagerie n'avait pas permis d'objectiver de signes de synovites (exemples mentionnés). Il était encore noté que parmi les documents transmis, les notes manuscrites de consultations (jusqu'en octobre 2014) décrivaient une situation plutôt stationnaire, tant sur le plan subjectif qu'objectif avec au premier plan des douleurs diffuses. Dans ce contexte, il semblait que les éléments mis en avant par le rapport du 2 (recte : 12) décembre 2014 du Prof H\_\_\_\_\_ ne constituaient pas des nouveautés mais seraient plutôt des faits déjà connus de longue date et déjà discutés, notamment dans l'expertise du Prof J\_\_\_\_\_ de 2011. Concernant les autres spécialités, les documents les plus récents comprenaient entre autres :

- sur le plan neurologique, un EMG effectué le 8 octobre 2014 par la Dresse P\_\_\_\_\_, qui était normal. Néanmoins, cette dernière conseillait alors de réaliser un bilan afin d'exclure une atteinte des petites fibres;
- sur le plan neurochirurgical, le Dr E\_\_\_\_\_ (consultation du 30 octobre 2014) retenait une situation stable sur le plan radiologique (IRM dorso-lombaire du 3 octobre 2014);
- sur le plan neurologique, selon la consultation du 12 novembre 2014 du Dr N\_\_\_\_\_, le syndrome obstructif connu était légèrement augmenté. Le spécialiste relevait un SAS probable, pour lequel un traitement par CPAP devait être mis en place, dont les effets devraient être réévalués.

Le SMR a conclu qu'au vu de la complexité du dossier, considérant les hypothèses diagnostiques encore non résolues, les divergences entre spécialistes sur lesquelles il était difficile de trancher, du fait que les expertises remontaient désormais à 2011, et que depuis lors, non seulement la jurisprudence concernant les TSD avait évolué, mais les critères diagnostics concernant certaines affections rhumatologiques avaient également évolué, il convenait de déterminer si l'état de santé s'était aggravé depuis février 2008, ceci au moyen d'une expertise pluridisciplinaire via la plateforme Med@P, qui devait comporter les volets de médecine interne, rhumatologie psychiatrie, laissant aux experts le soin de déterminer si un complément neurologique et/ou pneumologique était nécessaire. En plus des questions habituelles, il convenait de transmettre les questions réactualisées et tenant compte de la nouvelle jurisprudence en matière de TSD.

36. Répondant à une demande de renseignements de l'OAI, la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin adjoint au centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a transmis copie d'un rapport circonstancié et détaillé du 8 septembre 2015, signé par elle-même, ainsi que par le Prof H\_\_\_\_\_ et la doctoresse R\_\_\_\_\_, médecin adjoint et psychiatre de liaison, consécutif à une consultation ambulatoire et des examens complémentaires des 6 juillet et 7 septembre 2015, à la demande du Dr E\_\_\_\_\_. Ce rapport relevait qu'à l'examen clinique, l'assuré marchait avec difficulté. Une ENMG en 2014 avait révélé un dysfonctionnement modéré des petites fibres de la nociception et du système nerveux autonome aux membres inférieurs polyneuropathie avec atteinte préférentielle des petites fibres probablement liée au diabète. Le score d'Oswestry à 66 % était compatible avec un handicap lombaire sévère. Les douleurs provoquaient de nombreux réveils qui perturbaient fortement le sommeil de l'assuré qui souffrait également d'apnées du sommeil non appareillées (intolérance à l'appareil). Il décrivait être très souvent découragé par la persistance des douleurs et des limites qu'elles imposaient dans sa vie quotidienne, familiale et sociale. Ses scores d'anxiété et de dépression sur le HAD étaient compatibles avec un épisode anxio-dépressif. Les médecins proposaient un changement de médicaments (Paroxétine remplacée par Venlafaxine, invitant le patient à limiter la consommation de Métamizole - dont l'action n'était pas claire et qui pouvait provoquer parfois des agranulocytoses). De

même, il lui était proposé de participer à un groupe de thérapies cognitivo-comportementales spécialement élaborées pour les patients souffrant de douleurs chroniques.

37. L'OAI a été informé par SuisseMED@P-Team, le 9 mars 2016, que l'expertise pluridisciplinaire avait été attribuée au CEMed, Centre d'Expertise Médicale à Nyon. Les experts désignés étaient: pour la médecine interne générale, le docteur S\_\_\_\_, FMH en médecine interne; en psychiatrie: le docteur T\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH; en rhumatologie: la doctoresse U\_\_\_\_, rhumatologue FMH; et en neurologie: le docteur V\_\_\_\_, neurologue FMH.
38. Les experts ont déposé leur rapport le 17 août 2016. Ils ont examiné le dossier y compris radiologique, relevé les plaintes actuelles de l'assuré, procédé à une anamnèse (personnelle, familiale et socioprofessionnelle) ainsi qu'à son status clinique. Ils ont précisé que les indicateurs décrits dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, en lien avec le syndrome douloureux somatoforme persistant, avaient été pris en compte et avaient été traités dans le corps de l'expertise, notamment dans la situation actuelle, les conclusions ainsi que dans les questions posées par l'OAI.

Les experts ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: BPCO depuis 2009; lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, trouble de la transition lombo-sacrée depuis 2001; possible spondylarthropathie indifférenciée HLA B 27 négatif, non confirmée depuis 2009; et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: obésité de stade I depuis 1987 ; diabète de type II depuis 2008 ; HTA essentielle depuis 1987 ; hémochromatose depuis 2009 ; syndrome musculosquelettique douloureux diffus intéressant le rachis et les quatre extrémités avec troubles sensitivo-moteurs, sans substrat somatique des quatre extrémités, présent depuis 2008 ; possible discrète neuropathie des petites fibres sans conséquence fonctionnelle, depuis 2014 ; probable SAS avec intolérance à la CPAP ; troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires discrets à modérés sans évidence de canal cervical et lombaire étroits, depuis 2001 ; épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00) ; et TSD persistant (F45.4).

Dans la discussion du cas, ils ont indiqué que, sur le plan de la médecine interne, la BPCO interdisait des activités imposant des déplacements fréquents ou des efforts répétés. En dehors de cette dyspnée d'effort, il n'y avait pas d'affection retentissant de façon durable sur la capacité de travail, mais la BCPO, l'obésité et le syndrome d'apnées du sommeil pouvaient justifier une diminution de rendement de 20 %.

Sur le plan rhumatologique, l'examen ostéo-articulaire ne mettait pas en évidence de signe inflammatoire en ce qui concernait les articulations. Toute palpation, toute mobilisation était douloureuse, mais il n'y avait pas de synovite. En ce qui concernait le rachis, l'anamnèse, l'examen clinique et les images radiologiques parlaient en faveur de lombalgies chroniques sur des troubles dégénératifs. Le tableau clinique parlait en faveur d'un syndrome musculosquelettique algique

diffus. À la lecture des documents médicaux, il n'y avait guère d'éléments ni sur le plan biologique, ni sur le plan clinique, ni sur le plan paraclinique qui permettaient d'attribuer toute la symptomatologie alléguée à un rhumatisme inflammatoire. Les facteurs du complément C3, C4 avaient un peu augmenté au cours de l'évolution. Les échographies n'avaient jamais démontré de signe de synovite, la scintigraphie du coude, de même que les IRM lombaires, avaient montré des signes compatibles avec des troubles dégénératifs. Une spondylarthropathie indifférenciée HLA B27 négatif était toujours possible, mais il ne s'agissait pas d'un diagnostic prépondérant en regard du manque de critères objectifs. Les plaintes de l'assuré et l'intensité de celles-ci n'étaient pas concordantes avec la paucité des observations cliniques, biologiques et radiologiques. Il existait lors de l'examen 4/5 signes de non-organicité de Waddell et la présence de 16/18 points typiques de la fibromyalgie, douloureux à la pression avec jump sign, ce qui laissait supposer une nette composante subjective à la symptomatologie algique. Les experts ont jugé la capacité de travail dans une activité adaptée comme entière sur le plan rhumatologique, sans perte de rendement.

Sur le plan neurologique, le patient était très algique et démonstratif durant tout l'examen. Les experts ont observé que la marche spontanée se faisant difficilement, de façon hésitante, avec une certaine instabilité. La marche spontanée était néanmoins possible même sans l'aide de la canne. Toute tentative de marche sur la pointe des pieds et sur les talons était impossible en raison d'un lâchage immédiat/d'un manque d'effort volontaire. Une certaine instabilité était notée à la station pieds joints augmentant à l'occlusion des yeux ainsi qu'à la marche un pied devant l'autre, mais ces épreuves restaient réalisables. Les experts n'avaient pas répété l'ENMG, mais ils avaient pris note que les deux ENMG pratiqués aux HUG s'étaient révélés normaux, seul l'ENMG à la recherche d'une éventuelle atteinte des petites fibres se serait révélé anormal. Le patient était très démonstratif dans son comportement. Les examens cliniques et complémentaires n'avaient pas mis en évidence d'atteinte neurologique centrale et périphérique ni une atteinte musculaire, hormis l'éventualité d'une neuropathie à petites fibres qui ne saurait de toute façon pas rendre compte du tableau clinique tel qu'observé chez l'assuré. Il n'existait pas chez le patient d'éléments permettant de mettre en évidence une atteinte encéphalique, médullaire ni d'éléments en direction d'une compression radiculaire au niveau lombaire expliquant les lombalgies et les sciatalgies. Les troubles dégénératifs lombaires et la lipomatose pouvaient partiellement rendre compte des douleurs lombaires, mais les anomalies mises en évidence aux différents bilans radiologiques étaient clairement insuffisantes pour expliquer l'importance des douleurs et surtout des autres composantes de la symptomatologie. Le tableau clinique observé était clairement atypique avec des incohérences indubitables entre certains éléments du status, avec par exemple, des réflexes tendineux tous bien préservés, une trophicité musculaire intacte, mais des troubles moteurs apparemment majeurs contrastant avec une préservation d'une certaine capacité de déambulation que l'importance des troubles mise en évidence au testing formel ne

saurait autoriser logiquement. En définitive, le bilan neurologique n'apportait pas d'explication aux plaintes formulées par l'assuré. Ainsi, les experts ne retenaient pas d'incapacité de travail sur le plan strictement neurologique.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu, sur la base des données anamnestiques et de leur observation, un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). À l'examen clinique, l'assuré avait quelques difficultés à situer certains événements dans le temps, mais il ne présentait pas de troubles cognitifs particulièrement marqués, ni de tristesse marquée ni de labilité émotionnelle. L'évocation de certaines difficultés n'avait pas conduit à l'expression d'une émotivité trop importante. L'entretien s'était déroulé sur un bon rythme et il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur particulièrement marqué. Il exprimait souvent des douleurs qui représentaient la plainte principale. Il n'y avait pas de comportement manifestement démonstratif concernant les plaintes algiques. Dès 2010, le Prof H\_\_\_\_\_ mentionnait la possibilité d'une fibromyalgie. Actuellement, les experts pouvaient retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) selon les critères de la CIM-10 avec une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique. Le trouble de l'humeur était secondaire au trouble somatoforme. Ce trouble était accompagné de phénomène d'amplification manifeste à la limite d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'assuré ne présentait pas de cognition agoraphobe mais il était systématiquement accompagné pour sortir par son épouse en raison d'une faiblesse au niveau des membres inférieurs et d'une diminution de son endurance. Il pouvait toutefois se montrer plus autonome en se déplaçant en scooter. La compliance au traitement était bonne. L'appréciation fine des ressources personnelles de l'assuré était rendue quasiment impossible en raison des phénomènes d'amplification. Il pouvait se déplacer seul, notamment en scooter contrairement à ce qu'il avait affirmé (il avait indiqué qu'il se déplaçait peu en voiture et scooter [p. 31 du rapport]). Apparemment, il pouvait inviter des amis. Lors des groupes thérapeutiques, il intervenait en soutien aux autres participants. En dehors de cela, il se décrivait comme totalement passif au quotidien. Il était essentiellement pris dans un processus d'invalidation. Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue.

À titre de limitations fonctionnelles, les experts ont relevé que, sur le plan physique, la BPCO interdisait des activités imposant des déplacements fréquents ou des efforts répétés: impossibilité de se déplacer sur plus de 100 m; impossibilité de soulever des poids dépassant 5 kg. Il n'existait pas de limitations dans une activité sédentaire (bureau). L'assuré devait éviter les mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire en flexion/ extension/ rotations/ inclinaison du tronc ; l'agenouillement/ relèvement itératif ; le port itératif de charges supérieures à 5 kg ; le travail avec des engins émettant des vibrations ; ainsi que les mouvements

---

répétitifs des poignets et des mains. Les changements de positions étaient possibles. Sur le plan psychique et mental, il n'y avait pas de limitation.

La capacité de travail comme employé de bureau était complète. Les troubles n'avaient pas d'influence dans une telle activité. La capacité de travail résiduelle était complète et l'activité exercée jusqu'ici était possible à plein-temps, huit heures par jour, avec une diminution de rendement de 20 % du point de vue médical. Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable au point de vue médical. D'autres activités étaient exigibles de la part de l'assuré à plein temps, huit heures par jour, avec une diminution de rendement de 20 % (activité sédentaire n'imposant pas de déplacements de plus de 100 m et le port de poids dépassant 5 kg), mais l'activité exercée actuellement était déjà adaptée. Il s'agissait d'une activité en position assise, permettant des changements de position, n'impliquant pas de port de charge, ni de mouvement répétitif pour le rachis, ni de mouvement répétitif des articulations, ni de déplacement. Cette exigibilité existait depuis toujours.

39. Le SMR (Dresse O\_\_\_\_\_) s'est prononcé, après retour de l'expertise, par avis du 27 septembre 2016. De façon globale, les experts constataient la prépondérance d'éléments subjectifs sur les constatations objectives ainsi que les phénomènes d'amplification manifestes, à la limite d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Sur le plan rhumatologique, l'expertise ne permettait toujours pas de confirmer la présence d'une atteinte inflammatoire ou microcristalline. L'expert retenait que le diagnostic de spondylarthropathie indifférenciée HLA B 27 négatif était toujours possible, mais paraissait peu prépondérant en regard du manque de critères objectifs. Sur le plan neurologique, l'examen était marqué par un comportement démonstratif, des lâchages, un tableau atypique, et des incohérences. Au final, il ne permettait pas de retenir une atteinte neurologique clairement documentée et aucun diagnostic n'était retenu. Sur le plan psychiatrique, les critères pour un TSD étaient dorénavant remplis. En outre, un épisode dépressif léger, sans répercussion sur la capacité de travail, était retenu. En ce qui concernait l'analyse des indicateurs standards, les experts renvoyaient au corpus de l'expertise. Il était à relever qu'il n'existait aucune affection somatique ou psychiatrique d'une gravité suffisante pouvant interférer avec la capacité de travail. La présence d'incohérences, de signes de non-organicité et d'éléments de majoration était soulignée. Les éléments d'amplification rendraient une appréciation objective des ressources personnelles quasiment impossible. Il était toutefois indiqué que l'assuré pouvait se déplacer seul, notamment en scooter. Il pouvait inviter des amis. Dans les groupes thérapeutiques, il intervenait en soutien chez les autres participants. L'assuré était lui-même soutenu par sa femme. En ce qui concernait la personnalité, aucun dysfonctionnement ou trouble de la personnalité n'était retenu. En outre, l'assuré continuait à travailler dans une activité aménagée par l'employeur, à raison d'une demi-journée par semaine. En ce qui concernait la capacité de travail résiduelle, les experts se ralliaient aux conclusions des expertises de 2013 (recte : 2011) et confirmaient que la capacité de travail dans une activité adaptée, de type

employé de bureau, restait entière, moyennant une diminution de rendement de 20 % telle que retenue par le Prof J\_\_\_\_\_.

Au final, l'expertise du CEMed avait été réalisée conformément aux exigences de qualité en vigueur. Elle proposait notamment une discussion approfondie concernant les points litigieux. En outre, ses conclusions étaient superposables à celles fondées sur les expertises de 2013 (recte : 2011), si ce n'était que le diagnostic de TSD évoqué par le Prof J\_\_\_\_\_ était maintenant formellement reconnu. L'analyse des indicateurs standards ne permettait toutefois pas de retenir une répercussion de ce trouble sur la capacité de travail. Ainsi, l'expertise du CEMed confirmait l'absence d'aggravation objective depuis la décision du 1<sup>er</sup> février 2008. Dans ce contexte, les conclusions du SMR dans son avis du 7 mai 2012 restaient valables.

40. Par courrier du 19 octobre 2016, l'OAI a notifié à l'assuré un projet « d'acceptation de rente: réduction de la rente d'invalidité ». Dans le cadre de la révision du droit à la rente, sur la base des éléments médicaux recueillis, le SMR estimait que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %, et ceci depuis 2012 au moins. La comparaison des revenus déterminants engendrait une perte de gain de CHF 51'028.-, soit un degré d'invalidité de 50.6 %, raison pour laquelle le droit à un trois-quarts de rente était remplacé par un droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50 % (recte : 51 %).
41. À la demande de l'assuré, une copie du dossier OAI sur CD-ROM a été adressée les 26 et 27 octobre 2016 aux Drs D\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.
42. Par courrier du 15 novembre 2016, l'assuré a indiqué être en désaccord total avec le projet de décision susmentionné. Son état de santé physique, psychique, neurologique et rhumatologique s'était notablement dégradé. Il invitait l'OAI à prendre contact avec ses médecins (susnommés). Si l'OAI devait maintenir sa position, il serait contraint de recourir contre la décision qui lui serait communiquée.
43. Par courrier du 17 novembre 2016, l'OAI a accusé réception du courrier précédent. Dans le cadre du droit d'être entendu, il appartenait à l'assuré d'apporter des éléments médicaux probants s'il désirait faire modifier les conclusions retenues par l'office. Par conséquent, l'OAI ne contacterait pas les médecins, la procédure d'instruction étant terminée. L'OAI attirait l'attention de l'assuré sur le fait que le délai d'audition était fixé au 28 novembre 2016. Sans nouvelles de sa part à cette date, il rendrait une décision identique au projet du 19 octobre 2016.
44. Sur demande de l'assuré, l'OAI a accordé une prolongation du délai au 9 décembre 2016 pour produire les nouveaux éléments médicaux.
45. Le 9 décembre 2016, l'OAI a reçu les documents suivants :

- une attestation-certificat du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2016, indiquant qu'il suivait régulièrement le patient depuis vingt ans; ce dernier souffrait de polyopathologies très invalidantes, lui permettant au maximum de travailler à 10 %, dans un travail adapté. Le médecin confirmait les pathologies retenues par ses confrères rhumatologue, psychiatre, neurochirurgien, pneumologue et neurologue;
- un certificat du Prof H\_\_\_\_\_, non daté mais se référant aux expertises susmentionnées (CEMed), aux termes duquel l'état de santé du patient continuait à se dégrader malgré les multiples traitements entrepris. Le médecin concédait qu'il n'y avait malheureusement toujours pas de certitudes diagnostiques, mais il rappelait que de multiples éléments pathologiques et anormaux avaient été retrouvés sur les plans clinique, biologique et radiologique. Les experts qui avaient décrété une absence de problèmes somatoformes pouvant expliquer une incapacité de travail n'avaient cependant jamais donné d'explication pour ces anomalies, notamment pour les tuméfactions récurrentes observées par plusieurs médecins dont lui-même, la scintigraphie osseuse (mai 2010) qui montrait une hypercaptation bilatérale relativement marquée des constituants osseux des coudes, des acromio-claviculaires, des sterno-costales ddc, de la manubrio-sternale, des carpes et de plusieurs MCPs IPPs, les augmentations régulières de plusieurs cytokines inflammatoires, des facteurs du complément et des CKs. Les experts avaient donc émis des conclusions en omettant des éléments du dossier, ce qui ne lui paraissait pas acceptable. Ainsi n'ont-ils pas tenu compte en particulier de la possibilité de se trouver face à une pathologie encore inconnue, qui ne rentrait pas dans leur vision des cases diagnostiques qu'ils connaissaient. Enfin, il estimait que la capacité de travail actuelle du patient ne dépassait pas 20 % ;
- un certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2016, attestant que l'état de santé du patient se dégradait sur le plan rachidien avec des douleurs dorsales et lombaires devenant de plus en plus invalidantes et s'inscrivant dans le cadre de douleurs articulaires multiples d'origine inflammatoire. L'impotence fonctionnelle était accentuée par le fait que la plupart des médicaments restaient peu efficaces, lorsqu'ils étaient tolérés. À son avis, l'invalidité du patient se situait au-delà de 80 % ;
- un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016, dans lequel le psychiatre traitant constatait lui aussi une aggravation de l'état de santé du patient. S'agissant de l'aspect strictement psychique, il pouvait observer une péjoration de l'état thymique, avec une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, (également constaté par son entourage proche); un pessimisme croissant par rapport à son avenir, un découragement lié à la persistance des douleurs et aux limitations qu'elles imposaient dans sa vie quotidienne; une perte de l'intérêt et du plaisir dans la plupart des activités; une appréhension par rapport aux invitations ou les réunions de famille (comme récemment un

---

baptême); un sommeil chroniquement perturbé, peu réparateur avec réveils fréquents liés aux douleurs; un ralentissement psychomoteur; une perte d'énergie, avec fatigue constante; une perte d'estime de soi, angoisse, troubles mnésiques et de la concentration accrus, avec leurs éventuelles répercussions dans sa vie professionnelle; un sentiment d'avoir atteint ses limites avec l'évocation de plus en plus fréquente d'idées suicidaires avec crainte de passage à l'acte. Cette symptomatologie, caractéristique de la dépression majeure selon le DSM, avait des répercussions sur ses rares activités sociales ainsi que sur ses relations familiales et amicales (appauvrissement significatif), et ce, malgré un suivi régulier, une excellente compliance et le soutien constant de son entourage, de sa femme en particulier ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2016 de la Dresse P\_\_\_\_\_, auquel était annexé un rapport récent d'électroneuromyographie: le patient lui avait été ré-adressé pour un bilan neurologique, dans le cadre de douleurs intraoculaires associées à un flou visuel intermittent avec contrôle ophtalmologique (le 5 juillet 2016 - normal), et pour un contrôle neurologique et électroneuromyographique de sa polyneuropathie douloureuse. Elle a décrit l'anamnèse médicale du patient, consigné les résultats détaillés de l'examen clinique et neurologique et de l'examen électroneuromyographique, relevant, dans le cadre de la discussion, que le patient présentait deux types de céphalées: d'une part, des migraines avec aura visuelle connues depuis l'enfance, pouvant expliquer les troubles visuels qu'il présentait par moments; et des céphalées de tension possiblement associées à une névralgie du nerf d'Arnold à droite. Les céphalées quasiment quotidiennes étaient probablement favorisées par les nombreux antalgiques qu'il prenait régulièrement, notamment la Novalgine et le Simponi. L'IRM cérébrale était rassurante, hormis un petit kyste arachnoïdien temporo-polaire gauche. S'agissant de la polyneuropathie, l'examen électroneuromyographique du jour mettait en évidence une diminution de l'amplitude de la réponse quantitative du nerf sural gauche par rapport à l'examen de 2014, compatible avec une aggravation de la polyneuropathie. Il n'y avait pas de signe d'aggravation de la neurographie motrice au membre inférieur gauche ni de signe de dénervation aiguë ou chronique ancienne. L'examen révélait encore un syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, pour lequel elle lui avait prescrit des attelles de contention baleinées. Selon l'évolution, une réévaluation permettrait d'étudier une progression de la neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien et de lui proposer une libération chirurgicale. Un complément électrophysiologique méritait d'être effectué dans le service électroneuromyographique des HUG à la recherche de signes d'aggravation de l'atteinte des petites fibres déjà mise en évidence en 2014 et qui étaient les plus touchées.

46. Le SMR (Dr W\_\_\_\_\_) s'est à nouveau prononcé, sur audition, par avis du 7 février 2017. Il a noté que les experts des différentes spécialités (médecine interne,

---

psychiatrie, neurologie, rhumatologie) avaient considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière avec une diminution de rendement de 20 %. L'expertise avait été réalisée conformément aux exigences de qualité en vigueur. Dans le cadre de l'audition, le Prof H\_\_\_\_\_ retenait des éléments paracliniques datant de 2010 qui étaient restés sans explication médicale; mais lui-même n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux ou la proposition d'un autre diagnostic. Le psychiatre traitant n'apportait pas non plus d'éléments objectifs nouveaux. Il s'agissait, selon le SMR, d'une évaluation différente d'un même état de fait. Sur le plan neurologique, la Dresse P\_\_\_\_\_ retenait la présence de céphalées (depuis l'âge de 10 ans) sans retentissement sur la capacité de travail, une polyneuropathie connue, sans signe d'aggravation moteur et un syndrome du canal carpien bilatéral ne relevant ni d'infiltration, ni d'acte chirurgical. En conclusion, le SMR considérait que les pièces médicales postérieures au projet de décision de l'OAI n'étaient pas de nature à modifier son avis du 27 septembre 2016.

47. Par décision du 24 février 2017, l'OAI, reprenant la teneur de son projet de décision, a réduit la rente de l'assuré de trois-quarts de rente à une demi-rente d'invalidité, avec effet au premier jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la notification (en l'occurrence dès le 1<sup>er</sup> avril 2017), étant précisé que la décision entreprise avait retiré l'effet suspensif du recours. Les nouveaux éléments apportés n'étaient pas de nature à modifier le projet de décision.
48. À la demande du conseil de l'assuré, le 14 mars 2017, l'OAI lui a transmis sous forme de CD-ROM une copie du dossier de son mandant.
49. Par mémoire du 28 mars 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il a conclu préalablement à l'audition des Drs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, et M\_\_\_\_\_ ainsi que du Prof H\_\_\_\_\_, et au besoin à la mise sur pied d'une expertise médicale judiciaire; principalement à l'annulation de la décision du 24 février 2017, et à ce qu'il soit dit et constaté qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, avec suite d'indemnité et frais.

Le recourant a demandé à pouvoir compléter son recours, n'ayant pas été en mesure d'examiner les éléments sur lesquels l'intimé s'était fondé, en particulier le rapport d'expertise CEMed. Il a relevé à ce stade que les conclusions des experts étaient contredites par les avis unanimes des nombreux spécialistes qui le suivaient depuis des années et qui attestaient d'une aggravation notable de son état de santé et de son incapacité de travail. Comme l'avait relevé le Prof H\_\_\_\_\_, les experts ayant retenu une capacité de travail entière ne donnaient cependant aucune explication à de multiples atteintes objectives, dûment constatées, de sorte qu'ils avaient ainsi omis des éléments du dossier.

Le recourant a joint notamment un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 21 février 2011, relevant qu'en 2008 étaient apparues des symptômes inflammatoires touchant en particulier les membres supérieurs et surtout les poignets et les mains avec une

---

tuméfaction prurigineuse au niveau des articulations métacarpophalangiennes et des interphalangiennes. Aucun diagnostic n'avait pu être posé malgré une hospitalisation d'une semaine en novembre 2008 dans le service de rhumatologie des HUG. Les bilans entrepris n'avaient pas amené d'arguments biologiques et radiologiques pour un rhumatisme inflammatoire. Finalement, face à des lombalgies et polyarthralgies, qualifiées de spondylarthropathie indifférenciée, un traitement à base d'anti TNF avait été tenté, en vain. Seuls les corticoïdes montraient une certaine efficacité mais pour une durée limitée.

50. L'intimé a répondu au recours par courrier du 24 avril 2017, concluant à son rejet. L'intéressé prétendait ne pas avoir encore eu connaissance du dossier, alors que l'OAI le lui avait adressé par courrier du 14 mars 2017. Pour le surplus, le recourant ne mentionnait aucun fait précis, étayé par un élément figurant au dossier susceptible de remettre en cause les conclusions de l'intimé tant sur le plan médical que sur le calcul du taux d'invalidité.
51. Le recourant a répliqué et complété son recours par courrier du 29 juin 2017. La décision attaquée était fondée sur le rapport d'expertise du CEMed du 17 août 2016, qui ne saurait se voir reconnaître une force probante, pour plusieurs raisons :
- elle n'avait pas été signée par la Dresse U\_\_\_\_\_, rhumatologue;
  - les conclusions de cette expertise étaient clairement contredites par les avis unanimes des nombreux spécialistes qui le suivaient depuis des années. Ses médecins attestaient d'une aggravation notable de l'état de santé et de l'incapacité de travail, pour des raisons tant somatiques que psychiques. Le Prof H\_\_\_\_\_ observait que les experts, s'ils arrivaient à la conclusion qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, ne donnaient en revanche aucune explication à de multiples atteintes objectives (anomalies), dûment constatées. Le rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2016 attestait d'une évidente diminution de l'amplitude de la réponse sensitive du nerf sural gauche par rapport à l'examen 2014, compatible avec une aggravation de la polyneuropathie. Le psychiatre traitant attestait de la gravité des troubles psychiques du recourant, soit d'une dépression majeure et non légère. Le Dr E\_\_\_\_\_, attestait de l'origine inflammatoire des douleurs dorsales et lombaires invalidantes ainsi que d'une impotence fonctionnelle résultant dans une invalidité de 80 % ;
  - les experts n'avaient quasiment procédé à aucun examen de l'incidence des troubles psychiques sur la question de l'exigibilité, en particulier en ce qui concernait le TSD, ce qui ne respectait clairement pas les exigences posées par la jurisprudence récente en la matière (ATF 141 V 281). Les experts n'avaient pas procédé à l'examen des indicateurs décrits par la jurisprudence, se bornant à évoquer quelques généralités et à affirmer que, selon eux, des éléments d'amplification rendaient l'appréciation objective des ressources personnelles quasiment impossible. Selon lui, dès lors que les médecins du CEMed avaient estimé être en présence de « signes de non-organicité », d'« incohérences » ou

autres « éléments de majoration », il leur incombait d'examiner consciencieusement ces questions à la lumière des indicateurs susmentionnés, ce qu'ils avaient omis de faire.

52. L'intimé a dupliqué par courrier du 15 août 2017. Il a persisté dans ses conclusions. Pour l'essentiel, le recourant contestait la valeur probante du rapport d'expertise du CEMed. Dans un premier grief, ce dernier relevait que Dresse U\_\_\_\_\_ n'avait pas signé le rapport d'expertise. On ne saurait le suivre lorsqu'il prétendait, pour ce motif, que sa situation n'aurait pas fait l'objet d'une évaluation médicale globale, sans consilium pluridisciplinaire. L'absence de signature d'un expert consulté ne saurait invalider de manière automatique une expertise pluridisciplinaire. Il ressortait du rapport d'expertise que les appréciations des différents experts avaient été effectuées dans les règles de l'art; elles ne comportaient pas de contradictions, et avaient fait l'objet d'une synthèse et d'une discussion, y compris sur le plan rhumatologique. Les pièces sur lesquelles le recourant se fondait pour conclure que les conclusions de l'expertise seraient contredites par celles de ses médecins traitants avaient déjà fait l'objet d'une appréciation par le SMR, dans son avis du 7 février 2017. Le service médical estimait que ces documents n'étaient pas de nature à remettre en question ses précédentes conclusions. Le diagnostic de TSD évoqué par le Prof J\_\_\_\_\_ en 2013 était formellement retenu par les experts, mais l'analyse des indicateurs standards ne permettait pas de retenir une répercussion de ce trouble sur la capacité de travail. Le rapport d'expertise querellé remplissait toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.
53. Sur demande de la chambre de céans, par courrier du 23 août 2017, le CEMed lui a fait tenir la page 2 du rapport d'expertise, signée par la Dresse U\_\_\_\_\_, ainsi que le déroulé administratif de l'expertise de 2016 attestant de la signature des experts après qu'ils aient vu l'expertisé.
54. Par courrier du 4 septembre 2017, le recourant s'est prononcé sur les renseignements produits par le CEMed. Il ignorait à quelle date l'experte en rhumatologie avait signé la page de l'expertise; le déroulé administratif produit n'attestait pas de la tenue d'une véritable discussion interdisciplinaire pas plus qu'il n'attestait que les spécialistes auraient établi le rapport conjointement. Il déniait donc le caractère d'expertise pluridisciplinaire à ce rapport, et persistait à solliciter l'audition de la rhumatologue concernée.
55. Par courrier du 5 décembre 2017, le recourant a encore produit le rapport du Prof H\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2017, attestant de la gravité des atteintes à la santé de son patient, dont l'origine était complexe et multifactorielle, mais probablement liée à la maladie inflammatoire correspondant à une spondylarthrite. Un ENMG pratiqué en janvier 2017 montrait une aggravation des paramètres de la polyneuropathie durant les deux dernières années. Sur le plan psychique, le rapport attestait d'un état dépressif avec envie et quasi passage à l'acte de tentamen à deux reprises. Le recourant a produit également un certificat du docteur X\_\_\_\_\_,

---

spécialiste FMH en médecine interne endocrinologie-diabétologie, du 22 novembre 2017 qui, selon le recourant, attestait dans le cas présent qu'il devait se faire des injections en raison de l'aggravation de son diabète.

56. Par courrier du 4 septembre 2018, le recourant a produit, en vue de l'audience du 11 septembre 2018, des rapports médicaux postérieurs à son courrier du 5 décembre 2017, soit :

- un rapport de la doctoresse Q\_\_\_\_, médecin adjoint au service de pharmacologie et toxicologie clinique des HUG, du 24 janvier 2018 adressé au généraliste et au psychiatre traitant, relatif au suivi de consultation au Centre de la douleur. Elle avait revu le patient le 17 janvier 2018. Ce dernier décrivait la persistance de douleurs diffuses et une aggravation des arthralgies au niveau des mains et des genoux. Le Prof H\_\_\_\_ avait récemment introduit du sécukinumab (Cosentyx) pour obtenir un meilleur contrôle de la polyarthrite. Le patient présentait également une composante des douleurs liées à une polyneuropathie diabétique et à un canal lombaire étroit. L'intensité des douleurs était évaluée à 8/10, et leur impact négatif sur l'humeur et les activités quotidiennes à 9/10. Ces douleurs perturbaient également fortement son sommeil. Sur un questionnaire annexé, elle pouvait remarquer, en comparaison avec 2017, une diminution des scores de fonctionnement social et santé mentale, mais une légère amélioration des scores de fonctionnement physique et de santé générale ainsi qu'une nette amélioration du score de limitation émotionnelle. Un séjour à Charmey lui avait fait du bien du point de vue de l'humeur, mais n'avait pas modifié les douleurs. Il poursuivait tous les moyens personnels mis en place pour gérer les douleurs, en particulier les exercices de relaxation pour s'endormir et aller tous les lundis à son travail, ce qui lui permettait de se décentrer des douleurs. Les prises en charge par physio- et psychothérapie étaient efficaces; par contre les infiltrations ne l'étaient qu'à court terme. Elle ne proposait aucune modification du traitement antalgique actuel. Une adaptation pourrait être envisagée en fonction de la réponse du sécukinumab. Sauf avis contraire des médecins traitants, elle prévoyait de revoir le patient en juin 2018;
- un rapport du service de rhumatologie des HUG au Prof H\_\_\_\_ du 16 février 2018 relatif à un examen ultrasonographique du 14 février 2018. En conclusion, l'ultrason des mains et des poignets mettaient en évidence six synovites de grade I et deux synovites de grade II dont une synovite de grade II au poignet droit avec activité Doppler. Cela parlait pour une maladie inflammatoire active;
- un rapport d'IRM du genou droit et du genou gauche du 6 mars 2018 du docteur Y\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie auprès de l'institut AFFIDEA. Ces examens étaient indiqués par rapport à la notion de maladie inflammatoire de nature incertaine; à une augmentation de la créatine kinase; à la notion de nodules péri-rotuliens; et à la recherche de signes d'anthésite ou de synovite. En conclusion, l'IRM du genou droit montrait un discret épanchement intra-

articulaire, une discrète irrégularité du cartilage tibia latéral, une discrète érosion chondrale de grade 2 intéressant le cartilage tibial cartilage fémoral médial sur son versant latéral, une érosion chondrale plus marquée au niveau patellaire, notamment en latéral, sans anomalie tendino-ligamentaires, ainsi qu'une discrète méniscopathie de la corne postérieure ménisque interne. L'IRM du genou gauche montrait quant à elle une discrète irrégularité du cartilage tibial latéral, une discrète ulcération du cartilage patellaire externe, un discret hypersignal de la corne postérieure ménisque interne, un discret épanchement intra-articulaire, une discrète enthésopathie proximale du tendon rotulien avec discrète bursopathie pré-patellaire en regard du bord antérieur du tiers distal de la patella; cette discrète inflammation s'étendait sur 5x8x13mm;

- un rapport d'IRM lombaire du 6 mars 2018 du Dr Y\_\_\_\_\_ qui concluait à la mise en évidence de discopathies dégénératives étagées; de hernies intra-spongieuses étagées de L4 à D9, sans débord discal postérieur significatif; d'arthrose étagée des articulaires postérieures de L5-S1 à L2-L3; d'un discret rétrécissement canalaire en L4-L5 en raison de la lipomatose épидurale postérieure et de l'arthrose des articulaires postérieures, sans rehaussement pathologique significatif au niveau des différents interlignes articulaires ainsi qu'au niveau des coins antérieurs des corps vertébraux; d'un aspect discrètement inflammatoire du versant sacré inférieur de l'interligne sacro-iliaque droit; d'un aspect discrètement dégénératif des interlignes sacro-iliaques. Comparativement au précédent scanner réalisé en mai 2012, il n'y avait pas de changement significatif. Étaient relevées une sacralisation de L5 avec un disque quasiment fusionné en L5-S1; et une néo-articulation fusionnée entre l'apophyse transverse gauche de L5 avec le bord supérieur de l'aileron sacré gauche. À noter sur le précédent scanner, un aspect discrètement condensé du bord antéro-inférieur du versant sacré de l'interligne sacro-iliaque droit. Comparativement au précédent scanner, il n'existait pas de changement significatif. De même, il n'y avait pas de changement significatif par rapport à la précédente IRM réalisée en 2014;
- un rapport de consultation spécialisée du 2 mai 2018 par le docteur Z\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (Clinique La Colline), par rapport aux problèmes des douleurs des membres inférieurs. En conclusion, les douleurs ressenties au niveau des membres inférieurs du patient paraissaient avoir une origine multiple. Celle ressentie au niveau des genoux semblait, sur la base de l'examen clinique confronté à la récente imagerie, s'accorder avec une enthésopathie rotulienne et quadricipitale. Par contre, les douleurs ressenties au niveau inguinal et irradiant sur la face antérieure des membres inférieurs avec prédominance gauche laissaient suspecter une origine coxale sans pouvoir écarter formellement une composante rachidienne, raison pour laquelle il avait sollicité une IRM du bassin, suite à laquelle il reverrait le patient.

57. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 11 septembre 2018. Elle a également entendu à cette occasion le Prof H\_\_\_\_\_.

Le Prof H\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il suivait le recourant depuis une dizaine d'années, lequel lui avait été référé car les diagnostics étaient difficiles. Son patient présentait de nombreux phénomènes inflammatoires associés à des plaintes douloureuses très fortes, non expliquées. D'emblée, le médecin avait remarqué la présence de nombreux signes inflammatoires non habituels mais cliniquement et paracliniquement (examens de laboratoire et de radiographie) objectifs. Il avait également constaté la présence de douleurs au niveau des insertions des tendons et ligaments articulaires, qui se traduisaient parfois par des tuméfactions associées. En mai 2010, la première imagerie sous forme de scintigraphie osseuse montrait les hypercaptations au niveau des coudes en particulier, témoignant d'une activité inflammatoire anormale et inhabituelle. Au niveau biologique sanguin, il y avait également, par rapport aux résultats des analyses sanguines, une augmentation des facteurs du complément, qui reflétait une inflammation systémique qui, dans le cas d'espèce, était également inhabituelle d'autant que dans le cas particulier la CRP (facteur classique de l'inflammation) était normale ou quasi-normale. En raison de la conjonction des constats décrits ici, le spécialiste avait songé à un diagnostic de spondylarthrite à prédominance périphérique. Il avait tenté différents traitements qui avaient donné des résultats partiels. Par la suite, étaient venus s'ajouter d'autres diagnostics (lipomatose épidurale, diabète avec polyneuropathie et une hémochromatose). Tous ces diagnostics pouvaient provoquer des douleurs, mais non inflammatoires. Il en concluait à la présence d'une conjonction de diverses pathologies qui convergeaient vers le tableau douloureux et inflammatoire.

Dans le dossier, il avait été évoqué des diagnostics comme le TSD ou la fibromyalgie. Ceci était une démarche nécessaire dans le cadre de diagnostics différentiels, mais il y avait à son sens trop d'éléments objectifs convergents pour retenir un diagnostic de fibromyalgie, ou de TSD. Après que la chambre de céans a fait observer que certains documents dont il était l'auteur pourraient laisser penser qu'il aurait, à un moment donné, retenu ce type de diagnostic, il a répondu que ce n'était pas le cas. Il n'avait jamais retenu ces diagnostics en tant que diagnostics primaires, mais il a précisé qu'à l'heure actuelle, il n'était pas exclu que des fibromyalgies soient associées à différentes arthropathies inflammatoires, ce qui rendait le traitement plus difficile. Si, dans le cas de ce patient, il n'existait pas une réponse satisfaisante au traitement, cela n'était pas dû à une composante de fibromyalgie exclusivement, dès lors que persistaient des phénomènes inflammatoires malgré le traitement. Ses conclusions préexistantes à la décision litigieuse avaient récemment été confortées par des examens pratiqués en février et en juillet 2018. Une échographie des mains montrait des signes d'inflammation au niveau du poignet droit et des MCP (articulations métacarpo-phalangiennes 2-3-4) ainsi que des synovites.

Sur question du conseil du recourant qui pointait l'opinion émise par les experts du CEMed, selon laquelle il y aurait une discordance entre les constatations objectives et les plaintes du patient, respectivement des phénomènes d'exagération des symptômes, le Prof H\_\_\_\_\_ a répondu qu'il ne pouvait partager ces points de vue, car il y avait manifestement pour lui une convergence, et l'existence effective d'une inflammation, qui dans le cas particulier était difficile à faire entrer dans les schémas diagnostics habituels, ce qui ne l'excluait toutefois pas. Il a relevé à cet égard que s'il n'était pas convaincu de cette convergence, il n'aurait pas engagé son patient dans les traitements qu'il avait prescrits au fil des ans, qui étaient potentiellement dangereux et coûteux.

Le Prof H\_\_\_\_\_ avait établi le certificat médical pièce 12 recourant (non daté) après avoir étudié l'expertise du CEMed. Il a relevé une erreur, puisqu'il se référait à l'expertise en indiquant, de la part des experts, une « absence de problèmes somatoformes », ce qu'il fallait lire comme une « absence de problèmes somatiques ». L'adjectif somatoforme évoquait une ressemblance avec un problème somatique alors que, dans le cas particulier, il existait des problèmes somatiques. Le Prof H\_\_\_\_\_ a confirmé qu'à son sens les experts n'avaient pas pris en compte toute une série de signes objectifs (radiologiques et biologiques) qui révélaient la présence d'une maladie inflammatoire. Selon lui, le diagnostic qui s'approchait le plus de cette constellation était une spondylarthrite malgré le fait qu'elle n'entrait pas clairement dans les critères habituels des spondylarthrites. Mais ceci pouvait s'expliquer par la mise en évidence récente de la complexité de ce groupe de maladies qui était associé à plus d'une quarantaine de variants géniques. Cette complexité expliquait la variabilité de l'expression de ces spondylarthrites et notamment de leur impact sur le fonctionnement du patient (douleurs et intensité de celles-ci, pouvant varier d'un patient à l'autre, mais aussi dans la manière de les décrire) qui en souffrait et de la réponse aux différents traitements disponibles à ce jour, ce qui évidemment avait une incidence directe sur la possibilité pour ces patients de poursuivre ou non (voire partiellement) une activité professionnelle.

À la question de la chambre de céans, pointant une certaine évolution dans l'évaluation du Prof H\_\_\_\_\_ de la capacité de travail résiduelle (de son patient), qui, globalement selon les divers documents dans le temps avait évolué de 0 % à 20 %, le médecin a confirmé que le recourant avait partiellement répondu à certains traitements qui avaient très probablement eu des effets positifs, notamment le Simponi. Toutefois, son appréciation de la capacité actuelle (du patient), qui était déjà telle avant la décision entreprise, tenait essentiellement à la grande souplesse et à la disponibilité dont faisait preuve son employeur, par les nombreux aménagements qu'il lui avait dispensés. En pratique, si tel n'avait pas été le cas, le patient ne pourrait pas être réinséré dans un marché libre du travail.

Les limitations fonctionnelles empêchant le recourant d'exercer une activité normale tenaient à l'intensité des douleurs inflammatoires dont il souffrait, qui l'empêchaient de manière significative dans nombre de mouvements, puisqu'elles

touchaient les membres inférieurs comme les membres supérieurs, et que ces inflammations généraient des douleurs. Il convenait de distinguer les douleurs et les inflammations, car certaines douleurs n'étaient pas d'origine inflammatoire, et dans le cas particulier, douleurs et inflammations se conjuguèrent, certaines inflammations pouvant en elles-mêmes accentuer la fatigabilité. Il en résultait qu'après quelques heures d'activités, le patient était épuisé.

Le Prof H\_\_\_\_\_ ne partageait pas les conclusions de l'expertise du Prof J\_\_\_\_\_ qu'il connaissait bien, son expertise allant dans la droite ligne des travers qui lui étaient unanimement reconnus, ce praticien étant très âgé et ses approches faisant partie d'une médecine du passé. Dans le cas d'espèce, lorsqu'il avait pratiqué cette expertise, il était totalement hors sujet.

Le recourant a déclaré qu'il travaillait à 10 %, soit quatre heures par semaine le lundi matin auprès des SIG au service de comptabilité. Il se levait vers 03h00 – 04h00 du matin pour être à 07h00 au travail. Il prenait de la morphine, étant précisé qu'il ne prenait plus de Tramal mais une substance plus forte, pour être à même d'accomplir son travail correctement. Ce conditionnement était nécessaire en raison des douleurs éprouvées, qui agissaient sur sa faculté de concentration. Son activité consistait à gérer les activités de validation de factures de ses collègues, via une application informatique qui procédait du relevé des imputations, déclenchant automatiquement le paiement des factures. Il ne maniait pas les chiffres, mais devait se concentrer pour ne pas se tromper de collègues. Il ne voyait pas physiquement ses collègues mais il devait être en contact téléphonique avec eux. Il n'avait plus la force de subir leur manque de réactivité. C'était d'autant moins évident que certains de ses interlocuteurs étaient des chefs de service ou des cadres vis-à-vis desquels il fallait respecter un certain ménagement. Le recourant a indiqué que le réaménagement de ses activités au sein de l'entreprise n'était plus possible, l'ayant déjà été à plusieurs reprises. Ce qui l'empêchait actuellement d'augmenter son temps de travail tenait à une fatigue extrême due aux douleurs qu'il ressentait en permanence, en particulier dans les articulations, ce qui avait des conséquences sur son état de santé général, et en particulier sur le plan psychique, une dépression chronique. Il n'arrivait plus à se concentrer, ni à se battre avec ses collègues qui persistaient à ignorer ses rappels, et à ne pas le prendre au sérieux. Sur le plan psychique, il était suivi par le Dr M\_\_\_\_\_ depuis 2011, à raison d'une fois par semaine, tous les vendredis à 13h00. Il avait fait deux tentatives de suicide à l'époque, comme décrites dans le dossier.

58. Par courrier du 9 octobre 2018, l'intimé s'est déterminé après avoir soumis au SMR, pour appréciation, les pièces médicales et le procès-verbal d'audition du Prof H\_\_\_\_\_ évoqués ci-dessus.

Dans son avis du 9 octobre 2018, le SMR a estimé que l'état de santé du recourant s'était aggravé sur le plan rhumatologique dès février 2018. La présence actuelle de synovites à l'examen radiologique des mains et du poignet du 16 février 2018 parlait en faveur du diagnostic d'une maladie inflammatoire, comme retenu par le

---

Prof H\_\_\_\_. Après avoir rappelé que ce dernier lors de son audition avait relaté avoir observé à plusieurs reprises des éléments objectifs pour une maladie inflammatoire, contrairement aux constatations des experts rhumatologiques (2011 et 2016), le SMR a relevé qu'une maladie inflammatoire fluctuait au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations. Ainsi, le status pouvait varier au fil du temps.

L'intimé s'est rallié à l'appréciation de son service médical, rappelant que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales appréciait la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui avaient modifié cette situation, devaient normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Ainsi, la décision attaquée ayant été rendue le 24 février 2017, seules pouvaient être retenues, dans le cadre de la procédure de recours, les faits antérieurs à cette date. L'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant ne saurait donc être prise en compte dans le cadre du présent litige. L'intimé a, sur cette base, persisté dans ses conclusions.

59. Le recourant s'est prononcé au sujet de la détermination qui précède, par courrier du 15 octobre 2018. La position de l'intimé, telle qu'elle ressortait de son écriture, était insoutenable. Ce dernier prétendait en substance que son état de santé se serait aggravé, mais postérieurement à la décision litigieuse, si bien que le recours devrait être rejeté nonobstant le fait que l'intimé lui-même semblait admettre qu'il y avait lieu d'octroyer une rente entière au recourant, ceci après le mois de février 2018. Ce faisant, l'intimé s'écartait sans le moindre motif, non seulement des explications claires du Prof H\_\_\_\_, mais également du rapport du SMR dont il se prévalait pourtant. Certes le service médical concluait-il en indiquant qu'il retenait une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sur le plan rhumatologique, dès février 2018. Mais une lecture attentive de son rapport, et surtout des explications du Prof H\_\_\_\_, que ni l'intimé ni le SMR ne remettaient en question, montraient qu'il ne s'agissait en l'occurrence pas d'une aggravation de l'état de santé du recourant, mais d'admettre la véracité d'un diagnostic et d'un état de santé qui existait déjà depuis des années, mais que l'intimé considérait, à tort, comme n'étant pas suffisamment vraisemblable pour lui reconnaître valeur de maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Ainsi, le SMR exposait bien que le Prof H\_\_\_\_ avait toujours évalué la capacité de travail résiduelle du recourant à moins de 20 %, mais que les experts rhumatologiques (en 2011 et 2016) avaient émis des doutes quant à l'existence d'une maladie inflammatoire chronique, maladie dont l'existence était finalement admise par le SMR « comme retenu par le Prof H\_\_\_\_ ». En d'autres termes, le fait que des examens plus récents aient mis en exergue des synovites confirmant le diagnostic posé par le Prof H\_\_\_\_ depuis des années, ne signifiait nullement, a contrario, que ce diagnostic n'existait pas avant. De fait, rien dans le dossier ne parlerait en faveur d'une telle hypothèse. En définitive, l'intimé confondait volontairement le fait que certains outils diagnostiques - parmi d'autres

comme l'expliquait le professeur susmentionné - aient contribué à étayer un diagnostic déjà posé et, partant confirmé l'existence d'une maladie, avec le point de savoir depuis quand cette maladie existait et quelles en étaient les effets sur la capacité de travail du recourant. En l'occurrence, il ressortait indéniablement des éléments du dossier et de l'avis clair et convaincant du Prof H\_\_\_\_\_, que ladite maladie et ses répercussions sur la capacité de travail du recourant existaient depuis 2010, lui ouvrant le droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010, comme il le sollicitait.

60. Le 9 juillet 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise pluridisciplinaire comportant les volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie aux docteurs AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et AB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts et les questions à leur poser.
61. Par courrier du 15 juillet 2019, le recourant a indiqué qu'il convenait de limiter les questions de l'expertise à la période du 3 janvier 2010 au 31 janvier 2018. Dans son écriture du 9 octobre 2018, l'intimé avait reconnu une aggravation notable de son état de santé et de son invalidité depuis le mois de février 2018, sur la base de l'avis du SMR joint à cette écriture. Bien que l'intimé ait conclu au rejet du recours au motif que la décision querellée était antérieure à cette date, l'admission d'une incapacité de travail donnant droit à une rente entière d'invalidité n'était plus litigieuse pour la période postérieure au mois de février 2018.
62. Par pli du 15 juillet 2019, l'intimé a exposé qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans le cadre de la procédure judiciaire, aucun élément médical objectif, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré n'avait été apporté par le recourant. Si la chambre de céans persistait néanmoins dans son intention d'ordonner une telle expertise, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du même jour, a indiqué qu'il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre des experts désignés ni de questions supplémentaires à poser.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la modification du droit à la rente du recourant, à l'issue de l'instruction de la demande de révision, initiée par l'assuré, en mars 2010, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé, tendant, du point de vue de l'intéressé, à l'augmentation de la rente qu'il percevait alors ( $\frac{3}{4}$  de rente) à une rente entière, alors que l'OAI a abouti au contraire à une décision inverse (décision du 24 février 2017), réduisant la rente préexistante à une demi-rente d'invalidité, avec effet au premier jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la notification (en l'occurrence dès le 1<sup>er</sup> avril 2017), étant encore précisé que la décision entreprise a retiré l'effet suspensif du recours.
5. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

---

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
8. 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). 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). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>ème</sup> 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

- 
9. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).
10. a. À l'ATF 141 V 281 (du 3 juin 2015), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux (ci-après : TSD) et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

#### A. Axe « atteinte à la santé »

##### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

##### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

##### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV

n° 1 p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

**B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)**

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

**C. Axe « contexte social »**

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

**II. Catégorie « cohérence »**

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

**A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie**

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

**B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation**

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif

des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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).

11. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme

rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

12. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (*ex nunc et pro futuro*; ATF 140 V 154 consid. 6). A fortiori, une nouvelle jurisprudence s'applique immédiatement lorsqu'elle intervient avant le prononcé de la décision. Par conséquent, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral de l'ATF 141 V 281 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.
13. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR

---

(ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

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/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

14. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales 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. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). 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; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

15. En l'espèce, on rappellera qu'en raison de problèmes de santé (lombaires chroniques et des deux hanches), le recourant avait formé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en avril 2002, qui avait abouti à une décision du 26 janvier 2004, lui octroyant une demi-rente d'invalidité, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2002, basée sur un taux d'invalidité de 50 %. Par décision du 25 août 2008, sur instruction d'une révision initiée en novembre 2007 en raison de l'aggravation de l'état de santé du recourant, la rente avait été portée à un trois-quarts de rente, basée sur un taux d'invalidité de 60 %, avec effet dès le 1<sup>er</sup> février 2008. Le présent recours s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de révision, initiée en mars 2010, l'état de santé de l'intéressé ayant continué à se dégrader, et tend à l'octroi d'une rente entière, les médecins traitants et spécialistes qui le suivent depuis de nombreuses années ayant déterminé, au mieux, une capacité de travail résiduelle n'excédant pas

---

20 %, alors que dès la fin 2009, son absentéisme était total, en raison de la poursuite de cette dégradation. Conformément au principe rappelé précédemment, régissant la procédure de révision de la rente, il s'agit donc de déterminer si l'état de santé du recourant s'est dégradé, depuis la dernière décision s'étant prononcée sur l'état de santé et le degré d'invalidité de celui-ci, soit celle du 25 août 2008. On relève à cet égard que, compte tenu des aménagements que l'employeur avait consentis au recourant pour qu'il puisse poursuivre son activité, de façon adaptée à ses capacités résiduelles, la capacité de gain avec ou sans l'atteinte à la santé a été évaluée, tant en 2004 qu'en 2008 sur les mêmes bases, soit sur les renseignements salariaux fournis par l'employeur, de sorte que le taux d'invalidité se confondait avec le taux de capacité de travail résiduelle.

16. À l'appui de sa décision du 25 août 2008, l'intimé s'est basé sur le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ (médecin-traitant) du 12 novembre 2007 ainsi que sur l'avis du SMR du 9 janvier 2007, lequel s'appuyait – implicitement – sur le rapport d'examen bi-disciplinaire du 29 septembre 2003 (dont la valeur probante n'est pas sujette à caution) réalisé par les Drs F\_\_\_\_\_ (rhumatologue) et G\_\_\_\_\_ (psychiatre), médecins auprès du SMR, pour arrêter le degré d'invalidité à 60 %. Il ressort de ces données médicales que le recourant souffrait (exclusivement sur le plan somatique), avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires et de discrète coxarthrose bilatérale. Il disposait d'une capacité de travail de 50 % du 4 février 2002 au 31 octobre 2007, puis de 40 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2007 dans son activité habituelle (employé administratif chargé de traitement du courrier), qui était adaptée à son état de santé. Les limitations fonctionnelles retenues en 2007 étaient identiques à celles décrites en 2003, soit possibilité de pouvoir alterner deux-trois fois par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement de charges; pas de port de charges excédant 5 kg et pas de travail en porte-à-faux du tronc.
17. a. La décision litigieuse, quant à elle, qui fixe le degré d'invalidité à 51 %, se fonde sur les avis du SMR des 7 février 2017 et 27 septembre 2016, lesquels se basent sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire (comportant les volets de médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie) du CEMed du 17 août 2016. Aux termes de ce rapport, le recourant présente, avec incidence sur la capacité de travail, un BPCO (depuis 2009) ; des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, trouble de la transition lombo-sacrée (depuis 2001) ; et un possible spondylarthropathie indifférenciée HLA B 27 négatif (non confirmée depuis 2009). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité de stade I (depuis 1987); un diabète de type II (depuis 2008); une HTA essentielle (depuis 1987); une hémochromatose (depuis 2009); un syndrome musculosquelettique douloureux diffus intéressant le rachis et les quatre extrémités avec troubles sensitivo-moteurs, sans substrat somatique des quatre extrémités (présent depuis 2008); une possible discrète neuropathie des petites fibres sans conséquence fonctionnelle (depuis

2014); un probable SAS avec intolérance à la CPAP; des troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires discrets à modérés sans évidence de canal cervical et lombaire étroits (depuis 2001); un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00); et un TSD persistant (F45.4). Selon les experts, le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, dans toute activité n'imposant pas de déplacements de plus de 100 m, le port de charges dépassant 5 kg, les mouvements itératifs contraignant pour le rachis dorso-lombaire en flexion/ extension/ rotations/ inclinaison du tronc, l'agenouillement /relèvement itératif, l'utilisation des engins émettant des vibrations ainsi que les mouvements répétitifs des poignets et des mains.

Dans son avis du 27 septembre 2016, le SMR relève que les conclusions de cette expertise sont superposables à celles retenues par le Prof J\_\_\_\_\_ le 23 mars 2011 et les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ le 26 octobre 2011 dans le cadre de leur expertise respective, si ce n'était que le TSD, évoqué par le Prof J\_\_\_\_\_, était formellement reconnu.

b. Ces rapports d'expertise appellent les commentaires suivants.

b/aa. Dans son rapport du 23 mars 2011, le Prof J\_\_\_\_\_ a retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de lombalgies chroniques ; d'anomalie transitionnelle L5-S1 ; de séquelles de maladie de Scheuermann ; de TSD ; et de coxarthrose légère. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 75 % (eu égard aux problèmes statiques rachidiens et à une possible coxarthrose débutante), avec une diminution de rendement de 25 % en raison de l'obésité morbide et du ralentissement moteur. Dans une activité adaptée (en position assise avec possibilité de se lever dix minutes chaque heure), la capacité de travail était jugée entière, avec une diminution de rendement de 20 %.

Le Prof J\_\_\_\_\_ ne discute cependant pas l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, selon lequel le rachis du recourant est bio-mécaniquement hautement fragilisé pour lequel il n'existe pas de solution thérapeutique efficace, de sorte que la capacité de travail exigible n'excède pas 50 % dans toute activité. Aussi le Dr F\_\_\_\_\_ considère-t-il que les lombalgies chroniques et la discrète coxarthrose bilatérale entraînent dans l'activité habituelle une incapacité de travail de 50 % du 4 février 2002 au 31 octobre 2007, puis de 40 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. À défaut d'explications circonstanciées, on ne comprend pas pour quels motifs le Prof J\_\_\_\_\_ – qui retient également que les lombalgies chroniques et la coxarthrose légère sont toujours incapacitantes – estime que la capacité de travail est supérieure (75 %) dans l'activité habituelle. En outre, si la diminution de rendement est de 25 % dans l'activité habituelle en raison de l'obésité morbide et du ralentissement moteur, il n'est pas clair sur la question de savoir pour quels motifs la diminution de rendement est moindre (20 %) dans une activité adaptée, alors que celle citée à titre d'exemple, soit en position assise avec possibilité de se lever dix minutes environ chaque heure, est comparable à celle exercée habituellement. Pour ces motifs, le rapport du Prof J\_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître une force probante.

b/bb. Dans leur rapport d'expertise du 26 octobre 2011, les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une dépression d'intensité légère, apparue progressivement en réaction à la douleur chronique, qui n'était pas source d'incapacité en tant que telle. Le recourant présentait des troubles mnésiques occasionnels, liés à l'importante médication. Sur le plan strictement psychiatrique, sa capacité de travail était entière, avec probablement une légère baisse de rendement de 20 %. En ce qui concernait l'éventuel diagnostic de TSD, les experts ont relevé qu'il ne serait pas légitime de poser ce diagnostic, dans la mesure où les médecins traitants, les Drs H\_\_\_\_\_ (rhumatologue) et D\_\_\_\_\_ (médecin généraliste), n'excluaient pas une affection somatique pouvant expliquer l'intensité et la persistance des douleurs articulaires rapportées. En outre, le recourant n'avait pas été soumis à des stress psycho-sociaux particuliers.

Or, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10<sup>ème</sup> révision [CIM-10], ad F45.40; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2.). Force est ainsi de constater que si les troubles dépressifs ne jouaient – au moment de l'expertise psychiatrique – qu'un rôle secondaire dans le tableau clinique et, en soi, ne justifiaient pas de retenir l'existence d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle (excepté une éventuelle diminution de rendement de 20 %), au vu des explications des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ et comme on le verra en détail ci-après, il n'est pas certain que le recourant souffre effectivement d'un TSD.

b/cc. Quant au rapport d'expertise du CEMed du 17 août 2016, la question de savoir si la critique formulée par le recourant au plan formel, selon laquelle cette expertise n'avait pas été établie de manière consensuelle, est fondée, peut rester ouverte, car de toute manière, sur le fond, ce rapport n'est pas probant.

En effet, en premier lieu, on relève que les experts ont admis avec répercussion sur la capacité de travail, entre autres, le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, trouble de la transition lombo-sacrée depuis 2001 – à l'instar de tous les médecins rhumatologues ayant examiné le recourant – mais de façon contradictoire, les experts ont retenu, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires discrets à modérés sans évidence de canal cervical et lombaire étroits, depuis 2001. Au demeurant, contrairement à ce qu'ils affirment, l'existence d'un canal lombaire étroit est corroborée par plusieurs rapports médicaux versés au dossier (cf. notamment le rapport du Prof H\_\_\_\_\_ du 17 février 2009 – qui se réfère à une IRM lombaire de la colonne lombaire, mettant en évidence un rétrécissement constitutionnel du canal lombaire – ainsi que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2010). Par ailleurs, les experts

estiment que la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité – l'activité habituelle étant adaptée –, avec une diminution de rendement de 20 % en raison de la BCPO, de l'obésité et du syndrome d'apnées du sommeil. Cela étant, à l'instar du Prof J\_\_\_\_\_, les experts, alors qu'ils retiennent que les lombalgies chroniques sont toujours incapacitantes, n'expliquent pas les motifs pour lesquels ils s'écartent de l'opinion du Dr F\_\_\_\_\_ selon laquelle la capacité de travail du recourant est dans l'activité habituelle (qui est adaptée) de 50 % du 4 février 2002 au 31 octobre 2007, puis de 40 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007, compte tenu d'un rachis bio-mécaniquement hautement fragilisé. C'est le lieu de rappeler que, dans son rapport du 8 septembre 2015, la Dresse Q\_\_\_\_\_ avait relevé que le score d'Oswestry à 66 % était compatible avec un handicap lombaire sévère.

En second lieu, si l'examen ostéo-articulaire n'a pas mis en évidence de signe inflammatoire (synovite) en ce qui concernait les articulations, c'est par contre de manière erronée que les experts indiquent que, d'après les rapports médicaux, aucun élément sur le plan biologique, clinique ou paraclinique, ne permettait d'attribuer toute la symptomatologie alléguée à un rhumatisme inflammatoire.

En effet, certes, les rapports des 17 février 2009, 20 avril 2010, 23 août 2010, 27 septembre 2010, 21 février 2011, et 20 janvier 2014 mentionnent que les tests d'imagerie n'ont pas révélé d'inflammation. Cependant, lors de son entretien téléphonique avec le Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ le 19 septembre 2011, le Prof H\_\_\_\_\_ avait déclaré que les modifications à l'IRM et les tuméfactions ponctuelles articulaires, avérées, ainsi que l'augmentation de certains marqueurs inflammatoires, étaient à son avis des arguments en faveur d'une maladie rhumatologique. Selon lui, la lipomatose épidurale, l'hémochromatose et la maladie rhumatologique expliquaient vraisemblablement le syndrome douloureux qu'il considérait comme étant d'origine somatique. Le Dr D\_\_\_\_\_, quant à lui, avait affirmé le 4 octobre 2011 qu'il avait constaté à de multiples reprises des tuméfactions articulaires qui allaient dans le sens d'une maladie rhumatologique, peut-être atypique. Dans son rapport du 11 février 2011 (dont les experts n'ont pas fait mention), le Prof H\_\_\_\_\_ avait posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, probablement multifactoriel dans le contexte d'un canal lombaire étroit avec lipomatose épidurale; et d'une maladie inflammatoire d'origine indéterminée avec douleur synoviale, épisodes récurrents de tuméfactions, parfois accompagnées d'œdème à l'IRM, augmentation de IL1RA et des facteurs du complément. Dans son rapport du 12 décembre 2014, le Prof H\_\_\_\_\_ avait également relevé une arthropathie inflammatoire de nature incertaine (probable spondylarthrite) avec douleurs diffuses, épisode de tuméfaction des petites et grosses articulations, œdème du rachis à l'IRM, synovites à l'ultrason, augmentation du facteur du complément C3, augmentation de l'IL-1Ra sérique, et une hypercaptation scintigraphique (surtout au niveau des coudes). Le rapport d'IRM dorso-lombaire du 3 octobre 2014, quant à lieu, a mis en évidence au niveau L4-L5 et L5-S1 une surcharge au niveau des articulaires postérieurs avec une réaction inflammatoire

associée. Enfin, le rapport d'examen ultrasonographique des mains et des poignets du 14 février 2018 a conclu à la présence de synovites, évoquant une maladie inflammatoire active. On relèvera à cet égard que, quand bien même ce rapport d'examen est postérieur à la décision litigieuse du 24 février 2017, il n'y a pas lieu de l'écarter, dans la mesure où, comme on vient de le voir, l'état inflammatoire avait déjà été évoqué dans des rapports antérieurs à cette décision (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5 ; cf. consid. 14 ci-dessus).

Force est ainsi de constater que le recourant présente, à priori, un processus inflammatoire rhumatologique qui fluctue au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations, raison pour laquelle le status pouvait varier au fil du temps, ce que le SMR n'a pas manqué de relever par avis du 9 octobre 2018. Or, les experts qui ont ignoré les rapports médicaux évoquant un état inflammatoire, notamment celui du 11 février 2011, n'ont pas pris en compte la problématique de l'évolution fluctuante (éventuelle) de la maladie sur la capacité de travail du recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a en effet considéré que lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci devait bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin doit examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré.

En troisième lieu, sur le plan neurologique, les experts indiquent que le recourant était très démonstratif et que le bilan neurologique n'apportait pas d'explication aux plaintes formulées par le recourant. Cela étant, aucun médecin ayant examiné le recourant n'a retenu une atteinte neurologique.

En quatrième lieu, les experts n'expliquent pas pourquoi ils considèrent que le TSD était accompagné de phénomènes d'amplification manifestes à la limite d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques alors qu'ils relèvent que l'examen avait mis en évidence 16 points algiques sur 18, et que le recourant n'était pas démonstratif concernant les plaintes algiques, qui représentaient la plainte principale. On relèvera au passage que, dans leur rapport du 26 octobre 2011, les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ avaient mentionné qu'il n'existait pas d'argument pour retenir le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et que le recourant n'avait pas eu, lors des

entretiens, une attitude histrionique. Les experts du CEMed ont retenu un TSD – non incapacitant – selon les critères de la CIM-10 avec une douleur persistante, intense, s’accompagnant d’un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique. Or, comme on vient de l’exposer ci-dessus, il n’est pas exclu que le recourant souffre d’un état douloureux en relation avec un substrat organique (maladie inflammatoire) qui fluctue au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations. Cette éventualité, évoquée par le SMR, mérite des investigations plus approfondies.

L’intimé admet que le dossier du recourant est complexe ; les médecins traitants et les experts relèvent qu’il s’agit d’un tableau clinique atypique. Dans un rapport, non daté, reçu par l’intimé le 9 décembre 2016, le Prof H\_\_\_\_\_ a expliqué qu’il n’y avait toujours pas de certitudes diagnostiques et que le recourant souffrait d’une pathologie possiblement encore inconnue. Le médecin avait retenu une possible spondylarthropathie indifférenciée et listé les diagnostics différentiels auxquels il avait songé dans un rapport du 17 février 2009. Lors de son audition le 11 septembre 2018, le professeur a déclaré que le recourant avait présenté de nombreux signes inflammatoires inhabituels mais cliniquement et paracliniquement (examen de laboratoire et de radiographie) objectifs qui révélaient la présence d’une maladie inflammatoire. Les insertions des tendons et des ligaments articulaires se traduisaient parfois par des tuméfactions associées. Selon lui, il existait trop d’éléments objectifs convergents vers le tableau douloureux et inflammatoire, qui persistaient malgré le traitement, pour retenir le diagnostic de TSD ou de fibromyalgie. Le cas du recourant se rapprochait du diagnostic de spondylarthrite malgré le fait qu’il n’entrait pas clairement dans les critères habituels des spondylarthrites, ce qui pouvait s’expliquer par la mise en évidence récente de la complexité de ce groupe de maladies qui était associé à plus d’une quarantaine de variants géniques.

Ainsi, compte tenu de nombreux rapports médicaux évoquant par moments une atteinte inflammatoire, soit somatique (dont les experts n’ont pas tenu compte), pouvant expliquer l’origine des douleurs, on ne saurait suivre, à ce stade, les experts lorsqu’ils retiennent le diagnostic de TSD, au motif que la douleur persistante n’était pas entièrement expliquée par un processus physiologique. Les experts auraient dû procéder à de plus amples investigations afin de déterminer si le recourant souffre d’un processus inflammatoire rhumatologique qui fluctue au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations, ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

Au vu de ces éléments, il apparaît que l’intimé a rendu la décision querellée sans disposer d’un rapport d’expertise pleinement probant.

18. Quant aux rapports des médecins traitants, ils sont insuffisamment motivés s’agissant de la capacité de travail du recourant, qu’ils estiment nulle du 3 janvier au 9 août 2010, puis de 10 % depuis le 10 août 2010 dans l’activité habituelle en raison de l’augmentation des algies articulaires, en sus des lombalgies chroniques.

---

En effet, dans la mesure où les limitations fonctionnelles concernent la mobilité, les déplacements et le port de charge (cf. rapports des 23 mars et 21 septembre 2010, du 12 décembre 2014), on se demande pour quels motifs le recourant, qui travaille à 10 % dans son activité habituelle, qui est adaptée à son état de santé – car il s’agit d’une activité en position assise, permettant des changements de position, n’impliquant pas de port de charge, ni de mouvements répétitifs pour le rachis, ni de mouvements répétitifs des articulations, ni des déplacements – ne serait pas apte à travailler davantage, au taux de 40 % à tout le moins, comme l’avait suggéré le Prof H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 avril 2010.

19. Enfin, sur le plan psychiatrique, c’est à tort que le SMR a considéré par avis du 7 février 2017 que le Dr M\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant, n’avait pas apporté, dans son rapport du 26 novembre 2016, pourtant antérieur à la décision litigieuse, d’éléments objectifs nouveaux. En effet, pour la première fois, le diagnostic de dépression majeure a été posé ; le recourant présentait, entre autres, un sommeil chroniquement perturbé, un ralentissement psychomoteur, des troubles mnésiques et de la concentration accrus, soit des symptômes dont l’intensité a augmenté en comparaison à ceux décrits auparavant. Ce point doit donc faire l’objet d’investigations.
20. À défaut d’informations fiables et suffisantes sur les répercussions des diverses atteintes sur la capacité de travail, la chambre de céans n’est pas en mesure de procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment de la décision du 25 août 2008, octroyant un trois-quarts de rente. Partant, elle ne peut se prononcer de manière définitive sur le degré d’invalidité du recourant.
21. Dans ces conditions, il se justifie, contrairement à ce que prétend l’intimé, de mettre en œuvre une expertise judiciaire, comportant les volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.

Cet acte d’instruction ne saurait être limité à la période du 3 janvier 2010 au 31 janvier 2018, comme l’entend le recourant. En effet, d’une part, s’il est vrai que, dans son avis du 9 octobre 2018, le SMR a retenu une aggravation de l’état de santé du recourant sur le plan rhumatologique dès février 2018, il ne s’est par contre pas prononcé sur les répercussions de cette aggravation sur la capacité de travail de celui-ci. L’assertion du recourant, selon laquelle « l’admission d’une incapacité de travail donnant droit à une rente entière d’invalidité n’est plus litigieuse pour la période postérieure au mois de février 2018 » est donc prématurée. D’autre part, comme déjà exposé ci-dessus, même si le rapport d’examen ultrasonographique des mains et des poignets du 14 février 2018 a conclu à la présence de synovites, évoquant une maladie inflammatoire active, document sur la base duquel le SMR a retenu une aggravation de l’état de santé dès février 2018, soit postérieurement à la décision litigieuse du 24 février 2017, ce fait doit être pris en considération dans la présente procédure, dans la mesure où il est étroitement lié à l’objet du recours et est de nature à influencer l’appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En effet, il n’est pas exclu que le recourant souffre d’un état inflammatoire

– évoqué dans divers rapports antérieurs à la décision querellée – qui fluctue au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations. Si ce fait se confirmait, alors, selon la jurisprudence, le médecin doit examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. Il doit, en d'autres termes, se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du patient. Or, aucun médecin ne s'est déterminé à ce sujet. Partant, les questions aux experts remonteront à la période dès le 3 janvier 2010, date de l'incapacité de travail totale du recourant jusqu'au 10 août 2010, évaluée ensuite à 90 % par les médecins traitants, ce qui avait motivé la nouvelle demande de révision de la rente d'invalidité de trois-quarts octroyée depuis le 1<sup>er</sup> février 2008.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire de l'assuré comportant les volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.
2. Commet à ces fins les docteurs AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et AB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise pluridisciplinaire sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité ou examiné l'assuré ;
  - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives du recourant.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
  5. En particulier, l'assuré souffre-t-il d'une atteinte rhumatologique qui fluctue au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations ?  
L'assuré présente-t-il un syndrome du type trouble somatoforme douloureux ou des affections psychosomatiques assimilées?
  6. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ?
  7. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  8. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  9. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).

10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
13. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
16. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
17. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, depuis le 3 janvier 2010
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
18. Indiquer et décrire l'évolution du taux de l'incapacité de travail depuis le 3 janvier 2010.
19. En particulier, en cas d'atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, veuillez vous prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré.
20. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent, depuis le 3 janvier 2010
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.

21. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
  22. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  23. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
  24. Formuler un pronostic global.
  25. Toute remarque utile et proposition des experts.
5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :
- a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  - b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
  - c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?  
Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
  - d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
  - e) Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ? Motiver votre position.
  - f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
  - g) Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
6. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
7. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

8. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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