

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1754/2010

ATAS/1324/2010

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 21 décembre 2010

En la cause

Monsieur O _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur O_____ (ci-après l'assuré), né en 1956, d'origine portugaise, marié et père de deux enfants, a travaillé à plein temps en tant qu'employé d'exploitation auprès de X_____ (ci-après X_____) dès le 1^{er} juin 1990. D'abord affecté au nettoyage des voitures, il a ensuite été chargé du comptage des voyageurs, activité légère commandée par des douleurs lombaires survenues en 1994 et devenues continues dès 1998. Dès le mois de janvier 1998, l'assuré a été en arrêt de travail. Son salaire annuel s'élevait alors à 62'838.-.
2. Le 12 mars 1999, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI) en invoquant des douleurs aux cervicales, aux lombaires et au poignet droit.
3. Par décisions du 11 novembre 2002, l'OAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1999.

L'OAI s'est basé sur une expertise réalisée le 19 avril 2001 par le Prof. A_____, spécialiste en médecine de rééducation auprès de la policlinique médicale universitaire de Lausanne.

Le Prof. A_____ avait retenu à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : une pseudarthrose du scaphoïde du poignet droit avec status post intervention pour dénervation du carpe. Il avait également mentionné, tout en précisant qu'elles étaient sans influence sur la capacité de travail de l'intéressé : des lombalgies chroniques, des cervicalgies, des dorsalgies et une gastrite. L'expert avait distingué les atteintes au poignet de celles aux lombaires, expliquant que toutes deux avaient obligé l'assuré à réduire son taux d'activité et le rendaient incapable de reprendre son poste. L'expert avait émis l'avis que dans une activité adaptée par contre, la capacité résiduelle de travail de l'assuré était préservée à 75 %. Le Prof. A_____ avait précisé que, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, l'assuré devait pouvoir exercer une activité légère n'impliquant pas d'efforts physiques, de surveillance ou de contrôle, par exemple. L'assuré était en effet capable de rester debout un certain temps et pouvait certainement rester assis une demi-heure sans problème. Au niveau du poignet, une certaine fonction était possible, par exemple écrire, appuyer sur des boutons ou utiliser une calculatrice.

4. L'assuré a contesté ces décisions devant la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-RMCAS-AMat (alors compétente en la matière), en alléguant ne pouvoir exercer la moindre activité lucrative (cause A/1618/2002/AI).

La Commission de recours a alors ordonné une expertise pluridisciplinaire, confiée au centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI) et plus particu-

lièrement aux Drs B _____, rhumatologue, et C _____, psychiatre-psychothérapeute.

De leur rapport établi le 8 août 2005, il ressort que, sur le plan somatique, l'assuré émettait une multitude de plaintes (lombaires, épaules, nuque, poignet). Les experts ont cependant constaté que s'il existait certes des restrictions objectives de mobilité aux niveaux du genou et de la colonne cervicale et lombaire, aucune atteinte radiculaire ni cervicale ou lombaire n'avait pu être mise en évidence.

Sur le plan neurologique, les experts ont confirmé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien posé par le Dr C _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin traitant de l'assuré, tout en soulignant qu'ils n'avaient pu observer de signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien et que l'examen clinique des deux membres supérieurs était caractérisé par des troubles sans substrat somatique, raison pour laquelle ils ont émis l'avis que le syndrome du tunnel carpien devait être appréhendé comme une "trouvaille" électrophysiologique ne pouvant expliquer les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques. Il en allait de même des membres inférieurs, au niveau desquels aucune franche radiculgie et aucune atteinte tronculaire ne pouvait être signalée.

Sur le plan psychique, les experts ont noté une aggravation des symptômes, la symptomatologie étant évoquée de manière caricaturale et mettant en évidence des incohérences. Selon eux, seul le diagnostic de dysthymie (F 34.1 CIM 10) pouvait être retenu, avec celui de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales (F 68.0 CIM 10).

En conclusion, les experts ont retenu à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail : des lombalgies et sciatalgies droites intermittentes sur atteinte dégénérative non déficitaire depuis 1992 et une gonarthrose plus marquée à gauche, avec déchirure du ménisque interne gauche et d'arthrose du poignet droit. Ils ont préconisé d'éviter le port de charges, les flexions antérieures du tronc fréquentes et de prévoir des pauses toutes les 50 minutes en cas de position assise. Les experts ont nié l'existence de toute comorbidité psychiatrique, perte d'intégration sociale ou état psychique cristallisé et ont finalement conclu à une capacité résiduelle de travail de 75% dans l'activité d'employé chargé du comptage des voyageurs.

Informé des conclusions de l'expertise, l'assuré a retiré son recours, ce dont le Tribunal de céans (auquel la cause avait été transmise dans l'intervalle) a pris acte par arrêt du 18 octobre 2006.

5. Une procédure de révision a été ouverte au mois d'août 2006, au cours de laquelle ont notamment été recueillis les éléments suivants :

- Le Dr D_____, rhumatologue et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé de façon notable depuis 2006. Il a retenu à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail : une pseudarthrose post-traumatique du poignet droit (dès 1997), une gonarthrose gauche (dès 1998), des cervicalgies et un syndrome du tunnel carpien droit (dès 1997), une coxarthrose gauche débutante (dès 2004) et une antalgie du coude gauche (souris articulaire dès juillet 2006). De ces atteintes résultaient les limitations fonctionnelles suivantes : blocage du coude gauche à 90°, lombalgies droites et gonalgies gauches mécaniques. Le médecin a émis l'avis que la capacité de son patient à exercer une activité de nettoyeur était nulle depuis septembre 1998, qu'un retour au travail était inenvisageable et ce, de manière définitive en raison du syndrome douloureux et du handicap physique (rapport du 12 septembre 2006).
 - Le Dr E_____, spécialiste en médecine interne et également médecin-traitant de l'assuré, a confirmé que l'état de santé de son patient s'était nettement aggravé depuis le début 2006, avec une suspicion d'ostéorose du condyle fémoral interne et une souris articulaire du coude droit, occasionnant des douleurs au poignet droit, au genou gauche et au coude gauche (rapport intermédiaire du 24 septembre 2006). Il a rappelé que son patient souffrait d'une atteinte polyarticulaire dégénérative avec un important syndrome douloureux, les plaintes touchant le rachis dans son ensemble et la plupart des articulations (poignet droit, coude, genou et cheville gauches; cf. courrier du 12 novembre 2006).
 - Le Dr F_____, chef de clinique au département de chirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a diagnostiqué une gonarthrose tri-compartimentale prédominante au compartiment interne et préconisé un traitement conservateur avec physiothérapie anti-inflammatoire et éventuellement infiltration (rapport du 26 octobre 2006).
 - La Dresse G_____, psychiatre traitant de l'assuré depuis 2004, a quant à elle indiqué que ce dernier souffrait d'un état dépressif important, évoluant à bas bruit depuis quelques années, marqué par un retrait social, un isolement affectif et une apathie associée à de l'irritabilité (certificat médical du 26 janvier 2007).
6. Le 10 juillet 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande d'augmentation de rente.
7. Par courrier du 11 septembre 2007, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a produit à l'appui de sa position les documents suivants :

- un rapport du 20 août 2007 du Dr E_____ faisant état d'un état dépressif sévère et de troubles physiques importants, stables (arthrose sévère du poignet droit, douleurs aux épaules et aux coudes, syndrome du tunnel carpien bilatéral, arthrose du genou gauche, troubles arthrosiques de la colonne vertébrale), émettant l'avis que son patient devrait se voir accorder une rente entière, les traitements n'ayant par ailleurs pas influencé positivement son état de santé;
 - un rapport établi le 23 août 2007 par la Dresse G_____ attestant de l'existence, depuis 2004 en tous cas, d'un état dépressif important, enkysté et peu manifeste, sans idées suicidaires mais présentant des caractères mélancoliformes;
 - un rapport rédigé le 23 août 2007 par le Dr C_____, faisant état d'une neuropathie bilatérale des nerfs médians dans le canal carpien d'une intensité supérieure à celle constatée en 2006 mais laissant ouverte la possibilité d'une décompression des nerfs médians dans le canal carpien;
 - un rapport du Dr D_____ daté du 7 septembre 2007 confirmant une aggravation de l'état de santé général de l'assuré depuis 2006, faisant état d'un important syndrome douloureux (gonalgies, progression des atteintes neurologiques aux mains avec atteintes compressives du nerf médian plutôt du côté droit, tendinopathie de la coiffe des rotateurs et du long chef des biceps) et relevant l'existence, à titre de comorbidité, d'un état dépressif entraînant une incapacité de travail totale.
8. Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical régional de l'assurance- invalidité (ci-après SMR), qui, en date du 8 octobre 2007, a préconisé la mise sur pied d'une expertise rhumatologique dans le but de déterminer s'il y avait eu aggravation de la gonarthrose bilatérale et d'examiner si l'atteinte de la coiffe des rotateurs était à l'origine de nouvelles limitations fonctionnelles.
9. Cette expertise a été confiée au Dr H_____, spécialiste en rhumatologie, lequel a rendu son rapport en date du 19 décembre 2007.

Après avoir procédé à une anamnèse, recueilli les plaintes de l'assuré, procédé à un examen clinique et radiologique et analysé les pièces médicales du dossier, le Dr H_____ a retenu à titre de diagnostics influençant la capacité de travail de l'assuré : un syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et des douleurs chroniques du poignet droit (status post-fracture en 1974 et pseudarthrose). Il a également mentionné, tout en précisant qu'ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail : une polyinsertionite (ou fibromyalgie), des gonalgies (minime gonarthrose bicompartimentale gauche et fémorropatellaire droite), des cervicobrachialgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou dé-

ficitaires (minime discopathie de C3 à C7, épicondylalgies bilatérales d'accompagnement), une obésité BMI et un probable syndrome anxio dépressif stabilisé sous traitement.

Actualisant le bilan radiographique, l'expert a exclu toute hernie discale et tout signe de tendinopathie et de bursite et en a tiré la conclusion qu'il n'y avait donc eu aucune péjoration de l'état de santé de l'intéressé. Il a ajouté que l'ultrasonographie des épaules pratiquée par ses soins était rassurante et ne montrait pas d'atteinte à la coiffe des rotateurs. Il a expliqué que le syndrome douloureux, propre à chaque individu, ne pouvait être mis en lien avec un facteur déclenchant, qu'il existait une certaine discordance entre les examens cliniques et paracliniques et l'ampleur de la symptomathologie décrite par l'assuré et que l'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait donc dans un contexte de nette diminution du seuil de tolérance face à la douleur. Il a relevé la présence de tous les points de fibromyalgie et de non-organicité selon Waddel.

Sur le plan thérapeutique, le Dr H_____ a préconisé la poursuite de la prise en charge physiothérapeutique et balnéothérapeutique associée à la même médication que celle prescrite jusqu'alors, ainsi qu'un soutien psychothérapeutique et la prise d'un antidépresseur.

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr H_____, l'a jugée nulle au poste d'employé à l'entretien des wagons. En revanche, il a estimé que l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 75% en tant qu'employé chargé du comptage des voyageurs, activité compatible avec les limitations fonctionnelles constatées (nécessité de pouvoir alterner de positions, d'éviter le port de charges supérieur à 3kg, les mouvements d'antéversion au long bras de levier et les longs déplacements en plan incliné et en terrain accidenté).

28. Le 31 janvier 2008, le SMR a émis l'avis qu'il y avait lieu de se référer aux conclusions de l'expertise. Il a en particulier relevé que la gonarthrose était mineure et non significative et qu'aucune atteinte de la coiffe des rotateurs n'avait été identifiée, ni cliniquement ni par échographie. Il a enfin estimé qu'une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire.
29. Le 1^{er} février 2008, l'OAI, se basant sur les conclusions de l'expertise du Dr. H_____, a rendu une décision aux termes de laquelle il a rejeté la demande d'augmentation de rente.
30. Le 5 février 2008, l'assuré a transmis à l'OAI un avis du Dr I_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, daté du 14 janvier 2008. Ce médecin diagnostiquait une atteinte vestibulaire périphérique (aréflexie vestibulaire gauche, forte hyporéflexie vestibulaire droite), relatait que l'assuré se plaignait depuis trois ou quatre ans d'épisodes répétitifs et irréguliers de vertige, parfois accompagnés de céphalées, dont quatre à cinq épisodes, en 2007, de verti-

ges intenses accompagnés de nausées et de vomissements, que ces épisodes se résolvaient en quelques jours mais pouvaient aussi s'étendre sur une à deux semaines.

Le Dr I_____ a complété son rapport par courrier adressé à l'OAI le 3 juin 2008. Il y précisait que si son patient ne souffrait de crises que quelques fois par année, les sensations de vertige restaient en revanche constantes. Le médecin émettait l'avis que cette atteinte à la fonction vestibulaire était incompatible avec toute activité professionnelle s'exerçant en hauteur ou sur un plan instable et qu'au vu de l'ensemble des symptômes dont souffrait son patient, l'octroi d'une rente entière de l'assurance invalidité lui semblait justifié.

31. Le 4 mars 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant préalablement à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, principalement, à une augmentation de rente.

A l'appui de ses dires, le recourant a produit un rapport établi par la Dresse G_____ le 28 février 2008 confirmant l'existence - probablement depuis 2002, à tout le moins depuis 2004 - d'un trouble dépressif sévère influençant sa capacité de travail. Le médecin ajoutait que son patient s'était isolé de ses amis, connaissances et collègues de travail, qu'il vivait replié chez lui, ne sortait que rarement et avait perdu "tout plaisir dans la vie" (son seul intérêt consistant dans le fait de suivre les études de son fils cadet), sans pour autant avoir d'idées suicidaires. Il se montrait par ailleurs irritable et exigeant envers ses proches et se plaignait d'une grande fatigue. Le médecin a expliqué que la perte de son travail s'était accompagnée chez l'assuré d'une perte d'estime et de confiance en soi.

32. Le 11 juillet 2008, le SMR a émis l'avis qu'il serait opportun de procéder à une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et oto-rhino-laryngologique).
33. En conséquence, par arrêt du 16 septembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a annulé la décision litigieuse du 1^{er} février 2008 et renvoyé le dossier à l'OAI pour expertise bi-disciplinaire puis nouvelle décision.
34. L'OAI a confié aux Drs J_____, médecin-psychiatre, et K_____, oto-rhino-laryngologue, tous deux médecins auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), le soin de procéder à l'expertise requise. Les experts ont rendu leur rapport en dates des 2 avril et 5 mai 2009, après avoir procédé à une anamnèse, pris connaissance du dossier et recueilli les plaintes de l'assuré.

Sur le plan otoneurologique, ils ont retenu à titre de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail un léger déficit vestibulaire périphérique gauche, sans autre anomalie. Les experts ont souligné que si l'assuré présentait encore un dysfonctionnement de l'équilibre (instabilité posturale, vertiges), il fallait toutefois noter - par rapport à la situation prévalant en 2008 et constatée par le Dr I_____ - une nette récupération de la fonction labyrinthique gauche sur le plan fonctionnel et la

disparition de la diminution compensatoire du gain du réflexe vestibulo-oculaire. L'origine du déséquilibre pouvait ainsi être recherchée dans une multitude de facteurs. Elle était favorisée par une lésion vestibulaire chronique et/ou des facteurs psychologiques (stress, anxiété, dépression), auxquels il fallait encore rajouter des troubles orthopédiques.

Sur le plan psychique, les experts ont conclu à un trouble de l'humeur avec épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique. Ils ont constaté que l'état de tristesse et les émotions de l'assuré variaient en fonction des sujets abordés. Selon eux, la fluctuation des émotions parlait en défaveur d'un épisode dépressif sévère ou d'une composante mélancoliforme. Ils n'ont constaté ni troubles cognitifs manifestes, ni ralentissement psychomoteur, ni fatigue marquée. Les experts ont également conclu à un trouble panique de sévérité moyenne, sans cognition agoraphobe, mais constituant une comorbidité de l'épisode dépressif. Relevant enfin que la pensée de l'assuré était focalisée prioritairement sur un sentiment d'injustice et que l'intéressé n'avait évoqué ses douleurs que pour expliquer ses troubles du sommeil, les experts ont écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Ils ont en revanche admis celui de comportement d'amplification des symptômes physiques (F68.0).

Les experts ont considéré que si l'assuré pouvait rencontrer des limitations fonctionnelles en lien avec la structure de personnalité de l'assuré, son attitude rigide, ses faibles ressources personnelles et ses faibles capacités d'adaptation, il fallait toutefois considérer qu'elles n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail. Sur le plan physique, ils ont préconisé d'éviter toute situation nécessitant une bonne orientation spatiale et une bonne gestion de l'équilibre (station debout prolongée, marche, changements de position ou direction, mouvements actifs répétés). Selon eux, seules les limitations physiques ayant pour origine les troubles otoneurologiques rendaient impossible l'activité exercée en dernier lieu comme employé d'exploitation chez X_____, laquelle était au demeurant inadaptable. En revanche, les limitations d'ordre psychique ne constituaient pas un obstacle à l'exercice d'une activité.

En définitive, les experts ont conclu que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible en raison de l'atteinte otoneurologique, dont ils ont précisé qu'il était difficile de dire à quand elle remontait, 2005 (selon l'assuré) ou 2008 (selon les pièces du dossier). Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré avait évolué pour atteindre un taux de 75% dans une activité adaptée.

35. Le 24 août 2009, le SMR a relevé que les conclusions de l'expertise selon lesquelles l'exercice à 75% d'une activité tenant compte des limitations fonctionnelles constatées (situations nécessitant de l'équilibre, orientation spatiale, pas de station debout prolongée, pas de marche prolongée, pas de mouvements actifs répétitifs) était exigible démontrait l'absence d'aggravation du degré d'invalidité.

36. Le 3 septembre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande d'augmentation de rente.

37. Par courrier du 6 octobre 2009, l'assuré s'y est opposé.

38. Sollicité une nouvelle fois par l'OAI, le SMR, en date du 6 avril 2010, a maintenu sa position en suggérant que l'activité exigible soit évaluée en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation.

39. Par décision du 14 avril 2010, notifiée le lendemain, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente.

41. Le 17 mai 2010, l'assuré a interjeté un recours auprès du Tribunal de céans en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, principalement, à l'augmentation de sa rente.

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise et invoque l'avis de ses médecins traitants, dont il relève qu'ils ont tous conclu à une péjoration de son état de santé depuis 2006 et une totale incapacité à exercer l'activité de comptage de voyageurs.

42. Invité à se déterminer, l'OAI a persisté dans les termes de sa décision et a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise CEMED doit se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il ne se justifie dès lors pas d'ordonner une expertise judiciaire.

43. Par courriers du 18 novembre 2010 le Tribunal de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise judiciaire bi-disciplinaire, leur a communiqué le nom des experts pressentis et les questions qu'il se proposait de leur poser. Il a accordé aux parties un délai pour s'exprimer à ce sujet ou faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

44. L'OAI s'est déterminé le 6 décembre 2010. Il s'est opposé à la mise sur pied d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire, au motif que l'expertise CEMED revêtait une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il a relevé que dans l'hypothèse où le Tribunal de céans devait persister dans son intention d'ordonner une nouvelle expertise, il convenait alors que ce dernier rende un arrêt incident.

45. Le recourant n'a fait valoir aucune observation.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.
3. La décision litigieuse ayant été rendue le 14 mars 2010, la LPGA s'applique au cas d'espèce.
4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par les art. 60 et 61 let. b LPGA, le recours est recevable.
5. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a rejeté la demande de révision du recourant au motif que son état de santé ne s'est pas péjoré au point d'influencer son degré d'invalidité tel que fixé par décision du 11 novembre 2002.
6. Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Selon la jurisprudence, 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 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En revanche, 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 ré-

side uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. En l'espèce, il s'agit donc de comparer la situation prévalant au moment où la dernière décision a été rendue, en novembre 2002, à celle existant au moment de la décision litigieuse du 14 mars 2010.
8. La décision rendue par l'OAI le 11 novembre 2002 retient un degré d'invalidité de 50% sur la base des conclusions posées à l'époque par le Prof. A_____ (capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles constatées c'est-à-dire travail léger permettant d'alterner les positions), lequel avait pris en considération les lombalgies permanentes et la pseudarthrose du scaphoïde du poignet droit dont souffrait l'assuré. Ces conclusions avaient été confirmées par celles de l'expertise judiciaire bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 8 août 2005, laquelle avait également conclu à une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée telle que celle d'employé chez X_____ chargé du comptage des voyageurs. Les experts, tenant compte des lombalgies et scialtalgies droites, d'une gonarthrose gauche de l'arthrose du poignet droit, avaient alors préconisé d'éviter le port de charges, les flexions antérieures du tronc fréquentes et d'alterner les positions.

Quant à la décision litigieuse, elle se fonde sur l'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et oto-rhino-laryngologique) des 2 avril et 5 mai 2009 et les conclusions des Drs J_____ et K_____, lesquels ont évalué la capacité de travail du requérant à 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (c'est-à-dire ne faisant pas appel à l'orientation dans l'espace ou à l'équilibre, permettant d'éviter la station debout prolongée, la marche, les changements de position ou de direction, les mouvements actifs répétés) compte tenu du léger déficit vestibulaire gauche et étant rappelé que, sur le plan psychiatrique, les experts n'ont retenu aucune atteinte invalidante.

La décision litigieuse ne fait en revanche pas état de l'expertise rhumatologique rendue par le Dr H_____ en décembre 2007. Pourtant, cette expertise se rapporte à un complexe de faits pertinents pour la résolution du litige, de sorte que c'est à tort que l'OAI n'en a pas fait mention dans sa décision.

En l'espèce, il apparaît que si l'on se base sur les conclusions de l'expertise rhumatologique et de l'expertise bi-disciplinaire, la capacité de travail du recourant est restée inchangée depuis 2002, quand bien même les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées diffèrent pour partie .

9. C'est le lieu de rappeler que, sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves par le juge des assurances sociales, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

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

Enfin, 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 celui-ci (*ibid.* consid. 3b/bb et cc).

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 convient 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.

10. En l'espèce, tant l'expertise rhumatologique du Dr H_____ que l'expertise bi-disciplinaire des Drs J_____ et K_____ comprennent une anamnèse, rela-

tent les plaintes du recourant et mentionnent les constatations médicales objectives résultant d'un examen clinique et/ou radiologique. Sous cet angle, les deux expertises revêtent donc une pleine valeur probante.

Sur le fond, on constate que les diagnostics retenus par les experts diffèrent pour partie de ceux des médecins traitants. Ainsi, sur le plan rhumatologique, le Dr H_____ a exclu que les gonalgies de l'assuré puissent avoir une influence sur sa capacité de travail, au motif que le bilan radiographique actualisé faisait uniquement état d'une minime discopathie bicompartimentale non significative. Il a en outre écarté, au vu de l'examen ultrasonographique, une atteinte de la coiffe des rotateurs et tout signe de tendinopathie, s'écartant ainsi des conclusions des médecins traitants. Les conclusions de l'expert apparaissent étonnantes dans la mesure où le Dr F_____ avait, lui, conclu à une gonarthrose tri-compartimentale, sur la base des radiographies pratiquées en 2006.

On relèvera par ailleurs que le Dr H_____ qui avait pour mandat de se prononcer sur les éventuelles limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte à la coiffe des rotateurs mise en évidence par le Dr D_____ - n'a pas non plus expliqué pour quelles raisons il avait nié l'existence d'une atteinte de la coiffe, au demeurant admise par le SMR.

En outre, il apparaît que le Dr H_____ n'a pas eu connaissance du bilan effectué en 2007, ce bilan ne figurant pas au nombre des pièces complémentaires sur la base desquelles il a fondé son examen. Sous cet angle également, l'expertise souffre d'un défaut de clarté et de motivation.

Les conclusions de l'expert n'étant dans cette mesure pas suffisamment étayées et pas clairement motivées, elles ne revêtent pas une force probante susceptible d'emporter la conviction du Tribunal au degré de la vraisemblance requise en matière d'assurances sociales.

Quant à l'expertise psychiatrique du Dr J_____, on constate qu'elle exclut l'hypothèse d'un état dépressif sévère mais ne répond pas à la question de savoir si un effort de volonté pourrait être exigé de recourant et ne donne aucune indication sur les réponses à apporter aux questions auxquelles il convient de répondre en vertu de la jurisprudence pour déterminer si la fibromyalgie dont est atteinte le recourant doit être considérée ou non comme invalidante.

On rappellera en effet qu'il convient en ce cas d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65) et de poser la présomption que l'affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49), à moins que certains critères ne soient remplis, qui permettent de reconnaître à l'affection un caractère invalidant (présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, processus maladif s'étendant sur plu-

sieurs années sans rémission durable, affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique). A l'inverse, le caractère invalidant de l'affection sera nié si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

La jurisprudence précise également que, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la maladie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, *Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis* 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Force est de constater qu'en l'espèce, le Tribunal de céans ne dispose pas de tous les éléments pour pouvoir statuer. Il ne peut en effet se satisfaire de l'avis exprimé par le Dr H_____ en sa qualité de rhumatologue et le Dr J_____ n'a pas répondu à toutes les questions qui se posent en l'occurrence puisqu'il a limité son analyse à la question de savoir s'il existait une comorbidité psychiatrique et ne s'est prononcé ni sur l'existence d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni sur une éventuelle perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, pas plus que sur l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique et résultant d'un processus déficitaire de résolution des conflits, ni, enfin, sur l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art.

Or, il ressort du rapport d'expertise que le recourant présente une restriction du champs de la pensée sur des conflits et qu'il se plaint de nervosité, d'une intolérance au bruit (il fait valoir un besoin d'isolement), d'une incapacité à se concentrer, de ruminations importantes, d'illusions visuelles, d'une forte émotivité, d'un état de tristesse variable, d'une d'anhédonie marquée, d'une fatigue la plupart du temps sévère, d'un sentiment de dévalorisation, d'idées noires et parfois suicidaires, d'une perturbation du sommeil, d'une forte diminution de la libido, de fréquents réveils nocturnes. Sur le plan social, il ressort également du rapport d'expertise que le recourant n'a plus aucune activité, ni de contacts avec ses amis.

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire.

En conséquence, eu égard aux considérations qui précèdent, il apparait que - contrairement à ce que prétend l'intimé - des investigations complémentaires sont nécessaires tant sur le plan psychiatrique que sur le plan rhumatologique.

Le Tribunal de céans ordonnera donc une expertise bi-disciplinaire qu'il confiera à la Dresse L_____, rhumatologue, et au Dr M_____, psychiatre.

Enfin et à cet effet, il n'y a pas lieu de rendre - comme le préconise l'intimé - un arrêt incident. En effet, la dite ordonnance a pour objet une décision relative à l'administration des preuves. Or, de telles décisions ne sont, en principe, pas de nature à causer aux intéressés un dommage irréparable au sens de au sens de l'art. 93 al. 1 let. a LTF, à savoir un dommage de nature juridique qui ne peut pas être réparé ultérieurement par un jugement final ou une autre décision favorable au recourant (ATF 134 III 188 consid. 2.1 p. 190 et les références). La partie qui conteste une décision rendue en ce domaine dans un procès qui la concerne pourra attaquer, le cas échéant, cette décision incidente en même temps que la décision finale (ATF 99 Ia 437 consid. 1 p. 438).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale bi-disciplinaire.
3. En confie le volet somatique à la Dresse L_____ , rhumatologue et le volet psychiatrique au Dr M_____, psychiatre.
4. Dit que la mission d'expertise sera la suivante:

Du point de vue rhumatologique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
- c. Examiner l'assuré.
- d. Si nécessaire ordonner d'autres examens (par exemple radiologiques).
- e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (anamnèse professionnelle et sociale - évolution de la maladie et résultat des thérapies)
 2. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
 3. Quel est le status clinique et comment a-t-il évolué depuis 2002 ? L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé ou amélioré ? Depuis quand ?
 4. a) Quels sont les diagnostics (si possible selon classifications internationales) ? Confirmez-vous en particulier celui de fibromyalgie posé par le Dr H_____ ? Si non, pourquoi ?
b) A quand les différentes atteintes remontent-elles ?

- c) Lesquels de ces diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail ?
5. Quelles conclusions tirer du bilan radiographique effectué en octobre 2006 sur la base duquel le Dr F_____ a fondé son analyse (cf. son rapport du 26 octobre 2006)?
 6. Quelles conclusions tirer du bilan radiographique effectué en mai 2007 sur la base duquel s'est fondé le Dr D_____ (cf. son rapport du 7 septembre 2007)?
 7. Quelles conclusions tirer des examens complémentaires (ultrasonographie des épaules et radiographies des genoux) effectués par le Dr H_____?
 8. Comment expliquer, à votre avis, les divergences apparues entre les diagnostics retenus par ces différents médecins ?
 9. Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ?
 10. Existe-t-il chez l'assuré des affections corporelles chroniques ?
 11. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 12. Quelles sont les limitations fonctionnelles (qualitatives et quantitatives) entraînées par les troubles constatés ?
 13. a) Comment agissent les troubles sur l'activité exercée précédemment ? Celle-ci est-elle encore exigible ?

b) Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?

c) Comment la capacité de travail a-t-elle évolué dans le temps et en particulier depuis 2002 ?

d) Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé précédemment ? Si oui, par quelles mesures (mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) et quelle serait leur influence sur le taux de capacité de travail ?
 14. a) Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution physique de l'assuré et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une autre activité lucrative d'un point de vue somatique ?

- b) Si oui, laquelle-lesquelles ? A quel taux (heures par jour) ? Y aura-t-il diminution de rendement ?
 - c) A quels critères médicaux le lieu de travail devrait-il satisfaire et de quoi faudrait-il tenir compte?
 - d) Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?
15. Tous les traitements ont-ils été tentés (traitement médicamenteux, physiothérapie, exercices physiques conseillés, etc.) ? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de l'intéressé.
16. La compliance est-elle bonne ?
17. Y-a-t-il eu échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art ?
18. Appréciation du cas et pronostic.
19. Toutes autres observations ou suggestions utiles.

Du point de vue psychiatrique

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
- c. Examiner l'assuré.
- d. Si nécessaire ordonner d'autres examens.
- e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (anamnèse professionnelle et sociale - évolution - résultat des thérapies)
 - 2. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
 - 3. Quelles sont vos constatations objectives ?
 - 4. Quel est le status clinique et comment a-t-il évolué depuis 2002 ? L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé ou amélioré ? Depuis quand ?

5. a) Concluez-vous à l'existence de troubles psychiques ? Ces troubles ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? En particulier, peut-on à votre avis poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ?
b) Quel est leur degré de gravité (faible, moyen, grave) ?
c) A quand remontent-ils ? Comment ont-ils évolué dans le temps et particulièrement depuis 2002 ? L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé ou amélioré ? Depuis quand ?
d) Lesquels de ces diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail ?
6. a) Comment agissent les troubles sur l'activité exercée précédemment ?
b) Celle-ci est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Faudrait-il compter avec une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?
c) Comment la capacité de travail a-t-elle évolué dans le temps ?
d) Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de vos diagnostics, l'assuré pourrait-il exercer une autre activité lucrative ?
e) Si oui, laquelle-lesquelles ? A quels critères médicaux le lieu de travail devrait-il satisfaire et de quoi faudrait-il tenir compte ?
g) A quel taux (heures par jour) cette activité adaptée pourrait-elle être exercée ? Y aurait-il diminution de rendement ? De quelle ampleur ?
h) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables (possibilité de s'habituer à un rythme de travail, aptitude à s'intégrer dans le tissu social, mobilisation des ressources existantes) ? Si non, pour quelles raisons ?
i) Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?
7. Tous les traitements ont-ils été tentés ? Si non, dire lesquels pourraient à votre avis avoir une influence positive sur la capacité de travail de l'intéressé ?
8. La compliance est-elle bonne ?

9. Y-a-t-il eu échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art ?
 10. L'assuré subit-il une perte d'intégration sociale due aux affections diagnostiquées et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration par rapport à la période antérieure à l'apparition des troubles psychiques et celles sans perte d'intégration)?
 11. Existe-t-il chez l'assuré un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 12. Y a-t-il perte d'intégration sociale ? Dans quelle mesure et de quelle manière ?
 13. Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, dispose-t-il selon vous - et si oui, dans quelle mesure - des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
 14. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique en date du 14 avril 2010 - date de la décision litigieuse ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
 15. Appréciation du cas et pronostic.
 16. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
5. Invite les experts à comparer leurs constatations, à se livrer à une appréciation consensuelle du cas puis à répondre aux questions suivantes :
17. Compte tenu de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, quelles sont les limitations fonctionnelles de l'assuré ?
 18. Compte tenu des aspects à la fois somatiques et psychiatriques, dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter son état de santé et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, l'assuré dispose-t-il - et si oui, dans quelle mesure - des ressources lui permettant d'exercer une activité lucrative ? Cas échéant, quelle activité, à quel taux et à partir de quelle date ?

19. L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé en 2006 ?
 20. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Cas échéant, l'assuré aurait-il la motivation nécessaire ?
 21. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
6. Invite les experts à rendre leur expertise en trois exemplaires au Tribunal de céans à leur plus proche convenance.
 7. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

La secrétaire-juriste :
Aline SOFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le