

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3350/2013

ATAS/648/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ETIER
Guillaume

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1983, de nationalité suisse, célibataire, a suivi toute sa scolarité obligatoire à Genève. En 2001, il a abandonné l'école de culture générale qu'il avait commencée et travaillé de façon temporaire. De 2002 à 2004, il a cumulé quelques emplois temporaires, réalisant un revenu annuel d'environ CHF 2'500.-. Il a suivi un apprentissage de commerce dès août 2004 et a obtenu son CFC de commerce en juillet 2007.
2. Il a travaillé pour C_____ dès le 1^{er} septembre 2007, dans divers postes liés au développement et à l'organisation. Son salaire annuel brut s'est élevé à CHF 67'995.- et à CHF 71'317.- en 2009. En 2011, son salaire se serait élevé à CHF 73'010.-.
3. L'assuré a commencé à souffrir de troubles intestinaux en avril 2009 : gonflement de tout le système digestif, création de grandes quantités de gaz, douleurs de plus en plus importantes et invalidantes et évacuation de selles aléatoires. En conséquence, l'assuré a subi d'importants troubles du sommeil dus aux crampes permanentes et une baisse de la concentration, de la capacité de réflexion, des capacités professionnelles en général et de la motivation, en raison des douleurs et du manque de sommeil. L'assuré a été incapable de travailler à 100% du 9 au 14 juin 2009, à 50% du 15 juin au 30 septembre 2009, à 100% du 5 au 12 octobre 2009, à 100% du 10 au 30 novembre 2009, à 100% du 15 mars 2010 au 7 février 2011 et à 50% du 8 février 2011 au 14 mars 2011, puis à 100% dès le 5 mai 2011.
4. L'assuré a été suivi par le Docteur D_____, médecin interniste, dès le 8 juin 2009 et ce dernier l'a adressé à plusieurs spécialistes.

Le Docteur E_____, spécialiste en gastroentérologie et en hépatologie, a procédé à de nombreux examens dès le mois de juillet 2009. L'entéro-CT du 15 juillet 2009 était sans particularité et sans argument, en particulier, pour une atteinte sténosante de l'intestin grêle. L'iléo-coloscopie du 31 août 2009 était normale. A l'examen clinique, l'abdomen était normal avec une discrète sensibilité. Il n'y avait ni syndrome inflammatoire dans le bilan sanguin et l'anticorps antitransglutaminase était négatif, de sorte qu'au terme de l'enquête très détaillée, le médecin a estimé qu'il s'agissait d'une forme de syndrome de l'intestin irritable et a proposé des séances d'hypnothérapie. Après un séjour de quelques jours à la clinique de Beau-séjour en août 2010, en raison des douleurs abdominales chroniques, lors duquel des conseils nutritionnels lui sont prodigués, l'assuré a été revu par le Dr E_____. Le patient avait constaté une amélioration temporaire des symptômes, suite à l'adoption d'un régime avec moins de lactose. Le test respiratoire au lactose effectué montrait une activité lactasique intermédiaire, soit une capacité d'absorption du lactose abaissée. Il n'y avait pas d'helicobacter pylori. Lors de la consultation d'octobre 2010, l'assuré reconnaissait que les nuits sans THC étaient plus réparatrices que les autres mais estimait que cela ne jouait aucun rôle chez lui.

5. Le Dr D_____ a également adressé son patient au Docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Selon son rapport du 9 avril 2010, l'assuré présentait des traits de personnalité obsessionnelle, une somatisation, un abus d'ecstasy et de cocaïne et une dépendance au cannabis. Les symptômes somatiques intestinaux étaient apparus dans un contexte de bonnes nouvelles et d'amélioration de sa qualité de vie puisque, avant, il vivait dans la galère avec des dettes. L'assuré a commencé à fumer de la marijuana à l'âge de 11 ans et fume à trois à quatre joints après le travail, occasionnellement de la cocaïne et des ecstasy depuis l'âge de 17 à 18 ans, parfois jusqu'à sept à huit dans une soirée. L'assuré ne supporte pas l'idée d'une perte de contrôle et ses intestins étaient la seule chose qui échappait à ce contrôle. La consommation de toxiques compliquait le tableau clinique et il n'était pas exclu qu'il s'agisse d'un trouble plus désorganisant qu'un trouble de la personnalité. L'arrêt des toxiques était indispensable et il convenait d'entreprendre une psychothérapie de type cognitivo-comportementale dans l'hypothèse où les symptômes étaient de nature obsessionnelle.

L'assuré a ensuite été adressé au Docteur G_____, spécialiste en gastro-entérologie et en hépatologie, en juin 2011. Les plaintes restaient inchangées (douleurs abdominales en crampes, ballonnements, beaucoup de gaz, alternance de diarrhée et de constipation). Les divers traitements n'avaient pas amélioré la symptomatologie, malgré une éviction du lactose, des fibres, des fruits et des légumes. L'iléo-coloscopie pratiquée le 20 juin 2011 était normale. Le bilan biologique pratiqué le 9 juin 2011 permettait d'exclure un syndrome de mal absorption. Le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable était donc maintenu.

6. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 11 août 2011.
7. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a réuni les rapports médicaux suivants :
- a) la sévérité des symptômes et leur durée rendaient le pronostic très réservé. Les troubles digestifs empêchaient l'assuré de rester sur son lieu de travail et les douleurs abdominales impliquaient des troubles du sommeil et de la concentration. L'assuré ne parvenait pas à s'adapter à son handicap et sa capacité de travail restait nulle (rapport du Dr D_____ du 26 août 2011).
 - b) l'assuré souffrait d'un syndrome de l'intestin irritable depuis avril 2009, avec des douleurs abdominales en crampes, un ballonnement, beaucoup de gaz, une alternance de diarrhée et de constipation. Les divers traitements étaient restés sans effet. Le médecin ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail (rapport du Dr G_____ du 5 septembre 2011).
 - c) l'état restait stationnaire, sans modification dans le diagnostic de trouble fonctionnel de type colopathie spastique. Le pronostic purement médical du trouble fonctionnel était bon mais le retentissement sur la vie quotidienne du patient était tellement important que cela impliquait une totale incapacité de travail et un isolement social. Vu la sévérité de la symptomatologie et l'âge du

patient, il était adéquat d'avoir un avis quant à une éventuelle reconversion (rapport du Dr D_____ du 23 novembre 2011).

Il était utile de procéder à un examen complémentaire, car il s'agissait d'une présentation sévère, complexe et inhabituelle du trouble (rapport du Dr D_____ du 3 février 2012).

8. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 11 novembre 2011, l'assuré estimait être totalement incapable de travailler, en raison de son grand état de fatigue. Il ne croit pas à l'utilité de mesures de réadaptation mais souhaiterait que l'OAI prenne en charge un traitement de médecine ayurvédique, ce qui lui est refusé. L'OAI lui a proposé un coaching, des cours, un bilan de compétences, le cas échéant la prise en charge de séances de sophrologie. Le mandat d'intervention précoce est clôturé fin novembre 2011.
9. L'assuré a été licencié et il est assisté par l'hospice général depuis septembre 2012.
10. L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire au CEMED, qui a été effectuée par les Docteurs H_____, interniste, I_____, psychiatre et J_____. Selon le rapport des experts du 14 juin 2013, l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail, mais des traits de personnalité anankastique et narcissique, ainsi qu'un syndrome de l'intestin irritable. Il n'y avait ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail. Sur le plan gastroentérologique, il n'y avait aucune pathologie somatique qui puisse être détectée, objectivement, malgré les investigations étendues qui avaient été effectuées. Le syndrome était donc entièrement fonctionnel, comme l'avait également retenu le Dr E_____. Sur le plan psychique, l'assuré présentait quelques traits de personnalité obsessionnelle, avec un besoin important de garder le contrôle et une certaine forme de perfectionnisme. L'assuré présentait une focalisation sur son tube digestif. Il admettait une consommation régulière et de longue date de cannabis, mais modérée selon lui, sans complication de troubles psychiques. Il aurait arrêté toute consommation d'ecstasy et de cocaïne depuis trois ans.
11. Le SMR a estimé que l'expertise était probante, le 21 juin 2013, ajoutant que la toxicomanie pouvait être considérée comme primaire.
12. Par projet du 8 juillet 2013, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré.
13. Représenté par un avocat, ce dernier a formé des observations le 6 septembre 2013. Il souhaitait par-dessus tout reprendre une activité professionnelle, lorsque ses maux auraient disparus.

Selon l'attestation du 9 octobre 2013 du Dr D_____, l'assuré était totalement incapable de travailler en raison des troubles ressentis, aucune activité n'étant adaptée à sa situation. Le patient avait tenté à plusieurs reprises de reprendre le travail depuis avril 2009. Malheureusement, malgré toutes les tentatives, aucune prise en charge thérapeutique n'avait permis d'amélioration de la symptomatologie. L'évolution médicale inhabituelle de par sa sévérité, sa persistance et son

retentissement majeur faisait évoquer un probable trouble somatoforme douloureux mais ce diagnostic ne pouvait être retenu qu'après un avis psychiatrique spécialisé.

14. Par décision du 16 septembre 2013, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré.
15. Celui-ci a formé recours le 18 octobre 2013. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2012 et, préalablement, à son audition ainsi qu'à celle des Drs D_____ et E_____. Les conclusions du CEMED ne pouvaient pas être suivies puisque tous les médecins reconnaissaient que l'assuré souffrait quotidiennement et qu'un diagnostic de syndrome de l'intestin irritable avait été posé. Le fait que la médecine ne soit pas encore parvenue à expliquer les troubles fonctionnels intestinaux, pourtant avérés et qui affectaient le recourant ne permettaient pas de retenir une pleine capacité de travail. L'assuré souhaitait par-dessus tout pouvoir reprendre une vie professionnelle et ne plus souffrir du déclassement social et professionnel induit par ces troubles.
16. L'OAI a conclu au rejet du recours le 18 novembre 2013. La décision était fondée sur l'expertise du CEMED, qui avait pleine valeur probante et, au surplus, le recourant n'apportait aucun élément probant susceptible de remettre en cause les conclusions des experts. L'audition des deux médecins n'était au surplus pas nécessaire.
17. L'assuré a formulé des observations le 12 décembre 2013, concluant à ce qu'une expertise psychiatrique approfondie soit effectuée, afin de dépister un éventuel trouble sous-jacent méconnu. Il a produit le rapport médical du 26 novembre 2013 du Dr E_____. L'assuré souffrait de ballonnements, de douleurs qu'il ressentait comme intolérables par moments. En raison des perturbations de son sommeil et de sa concentration, l'assuré commettait de nombreuses erreurs au travail et fournissait des performances en-dessous de sa moyenne habituelle. Les nombreux examens pratiqués permettaient de poser avec certitude le diagnostic de troubles fonctionnels digestifs (TFD). Ceux dont souffrait le patient étaient d'une intensité exceptionnelle, avec des répercussions marquées, une grave altération de son rythme de vie et de son sommeil, impliquant une fatigabilité, une déconcentration, de fréquents besoins de s'interrompre pour ouvrir ses vêtements en raison des ballonnements. Il ne pouvait pas indiquer avec certitude si la consommation de cannabis était une composante du problème ou une sorte de médicament pour le patient, mais il était probable que les TFD révélaient un problème psychologique sous-jacent, par exemple un trouble de la lignée psychotique. Il convenait donc de procéder à une expertise psychiatrique approfondie.
18. Le 30 janvier 2014, l'OAI a persisté et a produit l'avis du SMR du 8 janvier 2014, selon lequel l'expertise pluridisciplinaire comprenait un volet psychiatrique, dans le cadre duquel aucune pathologie psychiatrique de la lignée psychotique n'avait été décelée.
19. L'assuré a été entendu le 4 mars 2014 et il a déclaré :

« Je souffre de douleurs et de contractions abdominales très fortes qui m'empêchent de dormir plus de quelques heures par nuit, ce qui implique une importante fatigue et des difficultés de concentration. Je travaillais dans la finance, avec une certaine liberté dans l'organisation de mon horaire. La fatigue s'accumulant, j'ai commencé à faire des erreurs, ce qui n'est pas admissible dans ce domaine, je devais travailler chaque fois plus pour un résultat chaque fois moindre. Malgré le fait que mon employeur était très compréhensif, je ne parvenais plus à faire le travail exigé. Après le début des symptômes, j'avais un poste qui me permettait de travailler en partie à la maison, durant huit à neuf mois. J'ai donné le maximum de moi-même, mais je commençais à être à bout. J'ai alors eu un premier arrêt de travail d'environ un mois. Le poste auquel j'ai été promu ensuite ne permettait plus de travailler à la maison, mais j'ai continué encore, durant une période similaire, à m'accrocher à mon travail, avec des arrêts de travail de plus en plus fréquents.

Aucun des nombreux médicaments testés n'a permis d'améliorer la situation sur le plan des douleurs et du sommeil. Je ne prends pas de médicament contre la dépression. J'ai débuté ma consommation de cannabis douze ou treize ans avant le début des douleurs abdominales. J'en consommais tout en travaillant. Durant les cinq premières années de mon emploi auprès de mon dernier employeur, je consommais déjà du cannabis, sans aucun effet sur mon travail, et j'étais très apprécié.

Je souffre de douleurs, de gonflements et d'évacuation de selles aléatoire, liquides ou solides, avec un besoin urgent d'aller aux toilettes, dans les cinq minutes, sans pouvoir me retenir. Si les douleurs et gonflements touchent plusieurs parties de mon abdomen, cela augmente considérablement la souffrance. Je ne sais jamais quand cela se calmera et quand je pourrai dormir. Il m'arrive de ne pas parvenir à dormir durant un jour et demi et de m'endormir alors d'épuisement, à n'importe quel moment du jour ou de la nuit.

Alors que j'avais une vie sociale riche, je ne sors plus de chez moi, en raison des douleurs et de l'urgence à aller aux toilettes. Je ne vois plus que les deux ou trois personnes qui viennent me rendre visite. Je n'apprécie pas ma vie actuelle et je souhaiterais par-dessus tout pouvoir travailler à nouveau.

Hormis des brûlures d'estomac, environ deux ans avant le début de ma maladie actuelle, je n'ai été que très peu malade. Les symptômes actuels ont débuté en avril 2009. ». Son avocat a sollicité principalement l'audition du Dr D_____, soit le médecin-traitant habituel.

20. La Cour a informé les parties que l'instruction était close, les rapports médicaux complets du Dr D_____ et des autres médecins consultés ne nécessitant pas leur audition. Un délai a été impartit aux parties pour conclure.
21. L'assuré a persisté. Le syndrome dont il souffrait n'était que peu objectivable mais les souffrances qu'il subissait n'étaient pas feintes et l'affectaient gravement dans sa vie professionnelle, privée et sociale. Il n'était pas légitime que les assurances

refusent de prêter au motif que la science médicale était encore limitée. C'était le rôle de l'OAI de couvrir une incapacité de gain lorsque cette incapacité était démontrée et il fallait ignorer la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux en reconnaissant la réalité de la symptomatologie qui l'affectait. La jurisprudence relative à la fibromyalgie était une aberration : la science médicale et l'assurance-invalidité restaient ainsi sourdes aux souffrances de personnes atteintes dans leur santé.

22. L'OAI a persisté.
23. La cause a été gardée à juger le 30 avril 2014.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. A 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. 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.
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur le caractère invalidant de ses troubles.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1er janvier 2008). 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. 28 al. 2 LAI).

7. a. 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.

b. 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; Arrêt 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).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

c. 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) au syndrome de fatigue chronique (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008,

consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 488/04 du 31 janvier 2006, consid. 3.3).

8. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (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).

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. cc).

9. 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). 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du CEMED pour refuser toute prestation à l'assuré. Le rapport des experts se fonde sur des examens complets, il tient compte des plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance du dossier médical de l'assuré. Au surplus, les conclusions des experts sont claires et bien motivées. L'expertise est donc probante.

Du point de vue gastroentérologique, ni le médecin traitant ni les spécialistes ayant suivi l'assuré ne remettent en cause le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable (K58 selon la CIM-10), qui est donc un trouble fonctionnel digestif. Ils admettent tous que malgré des investigations très étendues, aucune pathologie somatique n'a pu être identifiée. Ainsi, les importants troubles dont souffre l'assuré (crampes, douleurs, ballonnements et alternance de diarrhées et de constipation) ne s'expliquent par aucune maladie actuellement connue. L'ensemble des imageries, des examens sanguins, des biopsies et même l'examen clinique du CEMED (abdomen souple, pas de masse, pas de nécessité d'aller aux toilettes durant tout l'examen, etc.) sont normaux. Il s'agit donc bien d'un des tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire que la jurisprudence constante du Tribunal fédéral commande de traiter comme un trouble somatoforme douloureux. Ainsi, à moins que l'assuré ne présente une comorbidité psychiatrique d'une intensité suffisante et/ou que les autres critères de la jurisprudence soient remplis, ses troubles gastriques, en particulier les douleurs et les crampes ayant pour conséquence de graves troubles du sommeil, de la fatigue et des difficultés de concentration, ne peuvent pas être considérés comme invalidants,

dès lors qu'ils sont censés pouvoir être surmontés par un effort de volonté selon le Tribunal fédéral.

Du point de vue psychiatrique, les médecins de l'assuré relèvent que la sévérité et l'intensité de la symptomatologie sont exceptionnelles au point de laisser croire à une pathologie psychiatrique. Le Dr F_____, psychiatre consulté à la demande du médecin-traitant, retenait en avril 2010 que l'assuré présentait des traits de personnalité obsessionnelle, une somatisation et un abus de substances psychotropes. L'assuré n'était pas déprimé et ses plaintes concernaient uniquement les douleurs et les ballonnements de son intestin. Ce psychiatre a préconisé l'arrêt des toxiques, pour deux motifs. Ils pouvaient entretenir ou aggraver le trouble psychique et, surtout, ils pouvaient brouiller l'image clinique et cacher une psychose. Ce psychiatre ne s'est pas prononcé quant aux effets sur la capacité de travail de l'assuré des troubles psychiques retenus. Ensuite, le CEMED a procédé à une expertise multi-disciplinaire, y compris psychiatrique. Les conclusions du Dr I_____ sont motivées et convaincantes. Elles sont non seulement fondées sur l'examen de l'assuré, mais elles tiennent compte du rapport précité. Elles confirment que l'assuré ne présente ni traits d'anxiété ou dépressifs. Aucun rapport médical circonstancié ne vient contredire la conclusion de l'expert selon laquelle les quelques traits de personnalité obsessionnelle, la surcompensation narcissique et les traits de personnalité anankastique sont sans répercussion sur sa capacité de travail. Au surplus, l'assuré ayant cessé toute consommation d'ecstasy et de cocaïne peu après l'évaluation du Dr F_____, l'exclusion de tout trouble de type psychotique paraît convaincante. Ainsi, sur la base de l'expertise du CEMED et du rapport du Dr F_____, l'état de santé psychiatrique a été suffisamment investigué, sans qu'il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique, le Dr E_____ n'ayant manifestement pas été informé de l'existence du volet psychiatrique de l'expertise du CEMED. Ainsi, force est de constater l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Finalement, sans qu'il ne soit nécessaire qu'un psychiatre se prononce sur ces points, il est établi que les autres critères de la jurisprudence ne sont pas réunis non plus, dès lors que malgré un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'assuré ne présente ni une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé.

11. En conséquence, la Chambre de céans ne peut qu'appliquer la jurisprudence du Tribunal fédéral aux troubles fonctionnels digestifs de l'assuré et confirmer la décision de refus de prestations de l'intimé.
12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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