

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3565/2009

ATAS/1121/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

Du 8 novembre 2010

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. M. M_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, marié, de nationalité Suisse, père d'un enfant né le 19 juillet 1988, est titulaire d'un CFC de boucher-charcutier depuis 1983, métier qu'il a exercé durant quatre ans. Il a ensuite exercé la fonction de sergent-major aux agents de ville et domaine public pour la Ville de Genève depuis le 1^{er} octobre 1988 jusqu'au 1^{er} novembre 2007.
2. Entre 2003 et 2005, l'assuré a subi cinq opérations chirurgicales des régions inguinales et depuis le 8 novembre 2005, il a été en incapacité totale de travail.
3. Le 23 mai 2005, le Dr A_____, FMH chirurgie, a attesté de douleur inguinale bilatérale invalidante justifiant une révision inguinale bilatérale.
4. Le 10 janvier 2006, le Dr B_____, médecin consultant pour l'antalgie interventionnelle aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a attesté de douleurs rebelles.
5. Le 3 mars 2006, le Dr C_____, FMH anesthésiologie - diagnostic et traitement de la douleur, a attesté de brûlures inguinales bilatérales résistantes au traitement médicamenteux, depuis 2003.
6. Le 8 mars 2006, le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur a attesté de douleurs neurogènes.
7. Le 12 avril 2006, le Dr D_____ du département de psychiatrie des HUG a attesté d'une dépression de l'assuré et d'un état de régression très marqué, avec une composante démonstrative.
8. Le 11 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
9. Le 26 octobre 2006, le Dr E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de douleurs inguinales neurogènes bilatérales présentes depuis septembre 2003 et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis une année. Il suivait le patient depuis le 31 juillet 2006. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.
10. Du 23 au 26 novembre 2006, l'assuré a séjourné dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et subi une révision de branche nerveuse ilio-inguinale des deux côtés (rapport du CHUV du 5 décembre 2006).
11. Le 8 décembre 2006, le Dr F_____, médecine générale, endocrinologie-diabétologie, a diagnostiqué des douleurs neurogènes inguinales bilatérales.

L'assuré avait subi cinq opérations chirurgicales des régions inguinales de 2003 à 2005. Il était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2006 (début de son suivi).

12. L'assuré a consulté en 2006 le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur et en 2007 le secteur salle de réveil-antalgie des HUG pour la mise en place d'un traitement antidouleurs.
13. Du 8 au 20 février 2007, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana où il a été posé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation (F 33.11).
14. Le 23 mai 2007, le Dr G _____, médecine interne - rhumatologie FMH, a rendu un avis médical à la demande de l'employeur et indiqué que l'incapacité totale depuis le 11 mai 2005 était justifiée.
15. Le 11 juin 2007, le Dr E _____ a attesté d'un état de santé stationnaire et, pour l'instant d'une reprise de travail impossible et le 14 août 2007, le Dr H _____, urologue FMH, a mentionné qu'il avait vu le patient pour la dernière fois en août 2006.
16. Le 23 octobre 2007, le Dr B _____ a confirmé le diagnostic de ilio-inguinodynie sur interventions multiples.
17. En janvier et février 2008, l'assuré a subi deux séances d'infiltration articulaires.
18. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le centre d'expertise médicale à Nyon (CEMed) a rendu le 26 mai 2008 une expertise par les Drs I _____, FMH médecine interne, J _____, FMH psychiatrie et psychothérapie et K _____, FMH neurologie, fondée sur des entretiens et examens des 13 et 15 novembre 2007 et 13 février 2008.

L'assuré se plaignait de douleurs constantes au niveau inguinal droit et également gauche (moins prononcées toutefois); les dernières séances d'infiltrations n'avaient pas eu d'effet significatifs; il était assommé par des médicaments antalgiques, il se sentait très déprimé, angoissé, présentait des ruminations, des céphalées, parfois des vertiges, de l'hypersomnolence, un manque de confiance en lui et un manque de mémoire.

Le trouble de l'humeur semblait être survenu secondairement, la demande AI d'octobre 2006 n'en faisant pas mention. Seule une détresse post-traumatique avait été mentionnée par le Dr B _____ en janvier 2006. A l'observation, l'assuré présentait des traits dépressifs peu marqués, avec un état de régression plus marqué, sans signe en direction d'une pathologie psychotique. Le trouble de l'humeur était peu intense. Il y avait un état régressif et une composante démonstrative comme

l'avait noté le Dr de D_____. La compliance aux médicaments antalgiques n'était pas bonne. Il ne faisait pas tout ce qui était possible pour améliorer sa capacité de gain. Du point de vue neurologique, il existait un syndrome douloureux chronique inguinal bilatéral persistant. En l'absence de constatations objectives majeures et face à la discordance entre les plaintes subjectives et ces constatations objectives, il n'était pas possible de fixer un degré d'incapacité de travail. Du point de vue psychique, il y avait une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68), diagnostic qui n'était pas invalidant.

19. Le 19 juin 2008, le Dr L_____ du SMR a estimé qu'il n'y avait aucune incapacité de longue durée médicalement reconnue selon les conclusions de l'expertise du 26 mai 2008, laquelle était convaincante.
20. Le 27 juin 2008, le Dr O_____ du service de neurologie des HUG a attesté d'une décompensation totale du patient.
21. Par projet de décision du 30 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'avis du SMR du 19 juin 2008.
22. Le 2 juillet 2008, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, contestation complétée par la suite en mentionnant que la caisse d'assurance du personnel de la Ville de Genève (CAP) l'avait reconnu invalide à 100 % et mis au bénéfice d'une rente depuis le 1^{er} septembre 2007 de sorte que l'OAI ne pouvait ignorer cet avis.

L'expertise contenait des contradictions dans le status psychiatrique, manquait de clarté et certains points n'avaient pas été investigués. Des renseignements devaient être demandés aux HUG suite à son hospitalisation du 8 au 22 août 2008 dans l'unité Glycines (secteur de psychiatrie adultes) en entrée non volontaire en raison d'un risque suicidaire. Il a transmis le rapport du Dr G_____, FMH médecine interne rhumatologie, du 23 mai 2007 et un de la Dresse P_____, FMH médecine interne, du 17 octobre 2006 selon lesquels l'incapacité de travail était justifiée ainsi que le rapport des HUG suite à l'hospitalisation d'août 2008 dans lequel il est constaté un état dépressif sévère, le rapport de sortie du 5 septembre 2008 relevant une bonne évolution clinique et le rapport du 9 septembre 2008 du laboratoire du sommeil des HUG concluant à l'existence d'un syndrome d'apnées-hyperpnées obstructif du sommeil extrêmement sévère de sorte qu'un appareil à pression devait être installé ainsi que la diminution de la prise de benzodiazépines.

23. Du 8 au 22 août 2008, l'assuré a été hospitalisé à l'Unité hospitalière Glycines des HUG, en entrée non volontaire, sur certificat du Dr Q_____, où un état dépressif sévère, mélancoliforme est constaté. Dans le résumé du séjour du 5 septembre 2008, il est posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

24. Le 9 septembre 2008, le laboratoire du sommeil des HUG a mis en évidence la présence d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil extrêmement sévère et une pathologie motrice modérée.
25. Le 10 septembre 2008, le SMR a estimé que le CEMed devait compléter son expertise psychiatrique, au vu des nouveaux éléments cités. Le 29 septembre 2008, un nouveau rapport du laboratoire du sommeil a signalé que le patient disait mieux dormir mais présentait une grande somnolence diurne.
26. Le 15 décembre 2008, le Dr R_____, médecin responsable à la clinique Cecil - Centre de la douleur, a écrit au Dr F_____ qu'il envisageait l'implantation d'une pompe à administration intrathécale en raison des douleurs consécutives aux chirurgies inguinales.
27. Le 20 mars 2009, le CEMed a rendu un complément d'expertise fondée sur des entretiens des 31 octobre et 25 novembre 2008 dans lequel les diagnostics suivants ont été posés :
- Trouble mixte de la personnalité (F61.0) de début indéterminé.
 - Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) depuis 2003.
 - Dysthymie (F34.1) depuis 2003.
 - Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) de début indéterminé ou névrose de rente.

L'essentiel des perturbations cognitives constatées résultaient d'une problématique comportementale et ne constituaient pas les indices de problèmes neuropsychologiques au sens strict. Le processus de majoration était conscient.

L'assuré se plaignait de douleurs inguinales essentiellement à gauche et permanentes. Les diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail hormis une incapacité de travail totale devant être reconnue du 1^{er} novembre 2005 au 30 mai 2006 en raison d'une réaction dépressive. La profession de boucher devait être évitée et le retour au poste antérieur semblait peu réaliste de sorte qu'une orientation professionnelle était indiquée.

28. Le 27 avril 2009, le Dr R_____ a indiqué que l'intervention du 28 janvier 2009 avait provoqué une lésion de type radiculaire, laquelle avait été traitée par une implantation d'un électrode de stimulation médullaire. La douleur des plis inguinaux et celle de la jambe droite étaient couvertes.
29. Le 6 mai 2009, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû être à nouveau opéré en janvier et avril 2009. Il a transmis les rapports du Dr R_____ du centre de la

douleur de la clinique Cecil des 15 décembre 2008 et 27 avril 2009 faisant état d'un séjour de l'assuré en vue de tester une éventuelle implantation d'une pompe à administration intrathécale et d'une implantation de celle-ci le 28 janvier 2009. La douleur des plis inguinaux était couverte par la médication intrathécale ainsi qu'un rapport du Dr E _____ du 13 janvier 2009 attestant d'un état psychiatrique stable.

30. Le 7 mai 2009, l'assuré a été hospitalisé en entrée non volontaire à Belle-Idée. Il est sorti le 25 mai 2009. Le résumé du séjour du 2 juin 2009 a mentionné une recrudescence anxio-dépressive (dans le contexte des séquelles neurologiques, de l'intervention de janvier 2009 et également d'un énième refus d'octroi d'une rente AI) et d'idéation suicidaires avec actes parasuicidaires sous forme de scarification.
31. Le 13 mai 2009, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed du 20 mars 2009 et ses conclusions.
32. Le 23 mai 2009, l'assuré a été victime d'un accident (collision entre trois voitures). Il a été légèrement blessé (douleur au ventre).
33. Le 15 juin 2009, l'assuré a subi une intervention (remplacement d'une batterie de stimulation médullaire de type PRIME par une batterie rechargeable).
34. Le 9 juillet 2009, le Dr R _____ a prescrit à l'assuré une chaise roulante à domicile.
35. Le 28 août 2009, le SMR a estimé que les hospitalisations à Belle-Idée étaient à intégrer dans le trouble mixte de la personnalité retenu par l'expert et ne modifiaient pas les conclusions précédentes.
36. Par décision du 2 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se référant au rapport du SMR du 28 août 2009.
37. Le 2 septembre 2009, l'assuré a requis de l'OAI un fauteuil roulant et un siège de bain d'élévation.
38. Le 3 octobre 2009, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OAI du 2 septembre 2009 en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, préalablement à l'ordonnance d'une expertise indépendante.

Il prenait quotidiennement dix-sept médicaments, ce qui empêchait une capacité de travail en raison des effets secondaires. Par ailleurs, il souffrait d'une thymie instable et avait dû être hospitalisé en entrée non volontaire aux HUG. L'interdépendances des troubles physiques et psychiques avait été mal évaluée par le CEMed. Il était arbitraire de conclure à une capacité de gain entière au vu de son

atteinte à la santé et du traitement ordonné. En outre, l'OAI aurait dû le soumettre d'abord à des mesures de réadaptation.

39. Le 3 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que les expertises du CEMed avaient pleine valeur probante et que les rapports succincts du Dr E_____ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du CEMed.
40. Le 16 novembre 2009, le recourant a fait valoir qu'il nécessitait un fauteuil roulant et a transmis les documents suivants :
 - Un rapport du 8 septembre 2009 du Dr R_____ indiquant que le recourant présentait des limitations à la marche et nécessitait un fauteuil roulant.
 - Un certificat du Dr E_____ du 14 septembre 2009 attestant d'un état du recourant préoccupant alternant entre un trouble dépressif sévère et moyen, avec actuellement une idéation suicidaire.
 - Un rapport du 16 septembre 2009 du Dr R_____ selon lequel le recourant avait développé des douleurs neuropathiques à la suite d'interventions inguinales résistantes aux antidouleurs, hormis la pompe de morphine et bupivacaïne. Il avait cependant subi une lésion d'une racine nerveuse lors de la pose de la pompe, de sorte qu'il présentait une douleur très importante dans le membre inférieur droit nécessitant l'implantation d'un stimulateur médullaire. Il était également traité pour une dépression sévère. Le patient ne pouvait pas travailler du tout, ce qui justifiait des prestations de l'assurance-invalidité.
41. Le 22 décembre 2009, le SMR a observé qu'il existait une aggravation depuis le 25 mai 2009 sur le plan psychique. Sur le plan somatique, il paraissait important que le Dr R_____ se prononce sur le status actuel. Une instruction complémentaire au psychiatre-traitant était justifiée ainsi qu'au Dr R_____.
42. Le 15 janvier 2010, l'OAI a proposé que le Tribunal de céans interroge les médecins-traitants.
43. Le 25 janvier 2010, la Ville de Genève a établi un certificat de travail pour le recourant.
44. Le 27 janvier 2010, le recourant a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.
45. Par communications du 4 mars 2010, l'OAI a pris en charge les frais d'un fauteuil roulant et d'un lift de bain en faveur du recourant.

46. Par ordonnance du 25 mars 2010, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr S_____, médecin FMH en psychiatrie et psychothérapie.
47. Le 5 juillet 2010, l'expert a rendu son rapport fondé sur deux entretiens avec l'assuré, un entretien avec l'épouse de celui-ci et un entretien téléphonique avec les Drs E_____ et R_____. L'assuré se plaignait de douleurs à la jambe droite, de manque de concentration, troubles de l'équilibre, intolérance au bruit, fatigue. L'expert a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) et trouble dépressif récurrent, en rémission (F33.4) (sous traitement antidépressif important). L'assuré présentait un effondrement dépressif depuis 2005/2006 et sa personnalité était devenue sensible et vulnérable. Le trouble dépressif était en rémission complète mais impliquait une vulnérabilité persistante. Il avait été fortement éprouvé par les douleurs chroniques depuis 2003 et jusqu'en 2009. Il existait des indications qui faisaient penser à une certaine tendance démonstrative. Les deux hospitalisations correspondaient plutôt à des décompensations brèves chez une personnalité émotionnellement labile type borderline. Il n'y avait pas, en l'absence d'indices, de trouble de la personnalité antérieur à 2003 comme l'avaient retenu les experts du CEMed. Il existait une vulnérabilité marquée de l'organisation de personnalité de l'assuré en tous les cas depuis 2003. La modification durable de la personnalité était assimilable actuellement à un trouble sévère de la personnalité incompatible avec une activité professionnelle de cadre et la faille narcissique ne permettait pas une activité peu valorisante. La modification de la personnalité était sévère et présente depuis le 31 juillet 2006, soit la date de la première consultation psychiatrique. Le traitement était adéquat. Aucune amélioration de la capacité de travail n'était probable. Depuis 2006, l'assuré n'avait plus été en mesure d'affronter ses douleurs et il ne lui était plus possible de concevoir qu'il affronte la société avec des atteintes sévères sans reconnaissance, ni compensation.
48. Le 15 juillet 2010, l'avocate de l'assuré a informé le Tribunal de céans du fait que le recourant avait été victime d'une attaque cérébrale et était hospitalisé aux HUG.
49. Le 22 juillet 2010, le Dr T_____, FMH médecine interne, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'observation clinique de l'expert était très succincte, celui-ci substituait le diagnostic du CEMed à un autre sans entrer dans le débat et sans évaluation de la capacité de travail de l'assuré, procédant plus d'une conviction personnelle basée sur une hypothèse psychanalytique que d'une observation médicale de sorte qu'il convenait de maintenir les conclusions des avis des 5 juin et 28 août 2009 du Dr L_____.
50. Le 10 août 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions fondées sur l'expertise pluridisciplinaire du CEMed, jugée probante.

51. Le 14 octobre 2010, le recourant a observé qu'avant le 31 juillet 2006 il était en incapacité totale de travail pour des raisons physiques. L'expert avait tenu compte des douleurs chroniques, contrairement aux experts du CEMed. L'OAI était contradictoire car il prenait en charge des moyens auxiliaires mais refusait de reconnaître une pathologie incapacitante. En tant que de besoin il demandait l'audition du Dr R_____ et d'un représentant des ressources humaines de la Ville de Genève. Dès le 15 juillet 2010 (hospitalisation aux HUG) il avait été suivi par le Dr U_____ . Il a transmis les documents suivants :

- Un certificat du 7 octobre 2010 du Dr V_____, médecin interne FMH, attestant d'une incapacité totale de travail du 7 novembre 2005 au 7 mars 2006 et du 17 avril au 17 juin 2006.
- Un certificat du Dr F_____ du 4 octobre 2010 attestant d'une incapacité totale de travail dès le 1^{er} juin 2006.

52. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 25 mars 2010, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 11 octobre 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet d'une décision.

3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.
4. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

5. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF

126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte 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 surexpertise 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 ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. a) En l'espèce, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique laquelle répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'intimé conteste cependant une telle valeur probante en se référant à l'avis du Dr T_____ du SMR du 22 juillet 2010. Ce médecin relève tout d'abord que l'observations clinique de l'expert est extrêmement succincte de sorte qu'elle n'est pas à même de justifier l'hypothèse diagnostique. A cet égard, il convient de constater que l'expert a fondé son rapport notamment sur deux entretiens de soixante minutes chacun et un autre de soixante minutes avec l'épouse du recourant et que l'observation de celui-ci est résumée en page 13 du rapport. En comparaison, le status psychiatrique de l'expertise du CEMed - que le Dr T_____ juge probante - est fondée apparemment sur un unique entretien psychiatrique du 13 novembre (cf. convocation du CEMed du 2 novembre 2007 chez le Dr J_____) et n'est pas plus étayé que celui de l'expertise judiciaire (cf. rapport CEMed du 26 mai 2008 p. 18/19). Concernant ensuite le diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8), il est dûment motivé et expliqué dans le chapitre discussion et réponses aux questions (rapport p. 14ss). En particulier, l'expert explique la survenance d'un effondrement psychique du recourant à la suite de la perte de son emploi jugé valorisant (perte narcissique sur le plan professionnel) et des douleurs chroniques suites aux opérations. Il relève que la modification de la personnalité, laquelle est sévère, est accentuée avec les années et que la vulnérabilité du fonctionnement de personnalité empêche toute activité lucrative. L'expert n'a pas trouvé d'indice permettant

d'affirmer, comme les médecins du CEMed, que le recourant présentait un trouble de la personnalité antérieur à 2003, ce qu'il explique dans son rapport.

Le Dr T_____ estime ensuite que quelle que soit l'explication psychiatrique donnée (décompensation d'un trouble déjà présent ou modification de la personnalité), le seul point pertinent est l'évaluation de la capacité de travail. Il semble ainsi reprocher à l'expert d'avoir motivé l'existence d'une hypothèse diagnostique plutôt qu'une autre. A cet égard, force est de constater qu'une expertise judiciaire ne saurait se résumer à la seule évaluation de la capacité de travail d'un assuré et que, pour répondre aux exigences posées pour qu'une valeur probante lui soit reconnue, le rapport doit contenir des conclusions motivées, en particulier expliquer de façon claire et cohérente les diagnostics posés. A cet égard, l'expert explique de façon convaincante pour quelle raison le diagnostic de modification durable de la personnalité lui paraît plus pertinent que celui de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. On ne saurait ainsi lui reprocher de "substituer un diagnostic à un autre sans entrer dans le débat" (cf. avis du Dr T_____ du 22 juillet 2010 p. 2).

Au vu de ce qui précède, il convient d'écarter les critiques émises par l'intimé à l'égard du rapport d'expertise judiciaire et de confirmer les conclusions de celui-ci, soit l'existence d'une incapacité totale de travail depuis le 31 juillet 2006.

Antérieurement à cette date, le recourant a été en incapacité de travail totale dès le 8 novembre 2005 (selon le décompte de l'employeur). La question se pose ainsi de savoir si du 8 novembre 2005 au 30 juillet 2006, l'incapacité de travail était justifiée pour des raisons somatiques.

b) A cet égard, il est à constater que plusieurs médecins ayant traité le recourant ont attesté depuis 2003 de douleur inguinale bilatérale invalidante ou de douleurs rebelles chroniques ou encore de douleurs neurogènes (rapports des Drs A_____ du 23 mai 2005, B_____ du 10 janvier 2006, C_____ du 3 mars 2006, du CMETD du 8 mars 2006, E_____ du 26 octobre 2006, F_____ du 8 décembre 2006 et R_____ des 15 décembre 2008 et 16 septembre 2009).

Dans le même sens, l'expertise du CEMed du 26 mai 2008 atteste de l'existence d'un syndrome douloureux chronique inguinal bilatéral présent depuis juin 2003 et persistant malgré les nombreux traitements.

S'agissant de la capacité de travail, il est à constater que le Dr V_____ a attesté d'une incapacité totale de travail du recourant du 7 novembre 2005 au 17 juin 2006 - hormis une courte période du 8 mars au 16 avril 2006 - et que le Dr F_____ a certifié de la continuation de cette incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2006, incapacités confirmées par le Dr G_____, médecin conseil de l'employeur, le 23 mai 2007.

Quant à l'expertise du CEMed, elle retient, d'un point de vue neurologique une impossibilité de fixer un degré d'incapacité de travail, en l'absence de constatations objectives majeures et face à la discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Cependant, dans son complément du 20 mars 2009, elle conclut finalement à une incapacité totale de travail pour raisons psychiques (réaction dépressive) du 1^{er} novembre 2005 au 30 mai 2006. Or, cette incapacité totale de travail n'est pas expliquée et n'est pas cohérente avec la discussion du cas (rapport pp. 13ss) dans laquelle les experts relèvent une attitude plaintive, théâtrale, revendicative, peu authentique, démonstrative et concluent à une névrose de rente tout en alléguant que cela ne signifie pas que l'assuré ne ressent pas de douleurs (rapport p. 15). On peine ainsi à comprendre si les plaintes algiques du recourant sont reconnues ou non et ont pu entraîner la réaction dépressive admise temporairement du 7 novembre 2005 au 30 mai 2006 ou si cette aggravation de l'état psychique du recourant est survenue de façon indépendante du syndrome algique et, cas échéant, pour quelle raison elle aurait disparu le 30 mai 2006. En conséquence, les conclusions de ce rapport quant à la capacité de travail du recourant ne sont pas probantes et doivent être écartées.

L'expertise psychiatrique judiciaire retient un diagnostic de modification durable de la personnalité suite au syndrome algique au long cours et explique que le recourant a décompensé sur le plan psychique depuis 2005 / début 2006 par un état dépressif et un épuisement progressif de ses ressources, sans possibilité d'affronter ses douleurs. L'incapacité de travail totale reconnue depuis le 31 juillet 2006 s'inscrit ainsi dans le cadre du syndrome algique chronique - attesté par les médecins précités depuis 2003 - et ayant conduit à l'épuisement des ressources psychiques et à la modification de la personnalité tels qu'attestés par l'expert judiciaire.

Il y a ainsi lieu d'admettre que le recourant a été en incapacité de travail totale depuis le 8 novembre 2005 comme l'attestent les avis médicaux convergents au dossier, lesquels sont cohérents avec l'expertise judiciaire, dans la mesure où celle-ci fonde la décompensation ayant entraîné l'incapacité totale de travail dès le 31 juillet 2006 sur l'existence antérieure, soit depuis 2003, du syndrome algique chronique.

8. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le recourant a présenté depuis le 8 novembre 2005 une incapacité totale de travail, de sorte qu'il a droit, dès le 8 novembre 2006 à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
9. a) Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 8 novembre 2006.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des

modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 3'500 fr. sera versée au recourant à charge de l'OAI.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 2 septembre 2009.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 8 novembre 2006.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'500 fr.
6. Met un émolument de 200 fr. à charge de l'intimé.
7. 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); 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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