

ÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3708/2014

ATAS/586/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 18 août 2015

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au Grand-Lancy, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ROSSI Marco

Recourant

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1990 et originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse à l'âge de 9 ans et a été naturalisé suisse en 2005. Après le cycle d'orientation, il a entrepris un apprentissage de mécanicien, puis de fleuriste. De 2008 à 2009, il a travaillé comme nettoyeur et, depuis 2009, comme enquêteur pour différents projets par téléphone pour la société B_____ Genève SA.
2. Le 7 mars 2007, une IRM cérébrale et cervicale a été réalisée, laquelle n'a révélé aucune anomalie notable.
3. Du 15 au 18 mai 2007, l'assuré a été hospitalisé au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans leur rapport du 11 juin 2007, les médecins de ce service ont posé le diagnostic de parésie de la main droite sur probable trouble somatoforme. A titre de comorbidité, ils ont cité un malaise avec perte de tonus, sans perte de connaissance (crise atonique), avec une électroneuromyographie (ENMG) normale en 2000, un épisode d'hypoesthésie de l'hémiface gauche avec difficulté de mobilité de la paupière gauche durant une à deux semaines spontanément résolu en 2003, et un status post-appendicectomie il y a environ dix ans. Il ressort de cette expertise qu'une ENMG effectuée en janvier 2007 et une ponction lombaire en mai 2007 n'ont mis en évidence aucune atteinte lésionnelle. La neurographie motrice était dans la norme. La clinique était discordante et évoquait un trouble somatoforme. Une consultation psychiatrique en mai 2007 a montré un manque de confiance en soi du patient, ainsi qu'un besoin d'être rassuré par ses proches et principalement par son père. Cela ne permettait cependant pas de poser le diagnostic de trouble somatoforme. Les médecins ont proposé la poursuite d'une physiothérapie et d'une ergothérapie intensives.
4. L'ENMG effectuée en septembre 2012 n'a pas montré d'argument en faveur d'une affection neurologique périphérique du membre supérieur droit, chez un patient gaucher. Le docteur C_____, neurologue FMH, a proposé le soutien d'un psychiatre.
5. En janvier 2013, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 5 février 2013, B_____ SA a attesté que l'assuré travaillait dans son entreprise depuis le 22 janvier 2008 à ce jour, à raison d'une heure et demi par jour, soit sept heures et demi par semaine pour un salaire horaire de CHF 21.-. Le salaire versé correspondait au rendement.
7. Selon le rapport du 4 mars 2013 du docteur D_____, l'assuré souffre d'une parésie de la main droite sur probable trouble somatoforme depuis 2005, ainsi que d'un état anxio-dépressif. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a cité un malaise à type de perte de tonus, sans perte de connaissance

(crise atonique) en octobre 2000. Malgré des exercices de physiothérapie, d'ergothérapie et d'auto-mobilisation, l'assuré ne présentait aucune amélioration. Il avait dû arrêter son apprentissage de mécanicien, puis avait entrepris des études. Toutefois, son handicap physique devenait de plus en plus gênant sur le plan moral avec une perte de confiance augmentant progressivement, ainsi qu'une baisse de moral et des crises d'angoisse. Les derniers mois, il présentait des signes d'état anxio-dépressif avec céphalées de tension et difficultés de concentration motivant l'interruption de ses études. Il venait de débiter un suivi psychothérapeutique. Le pronostic devenait de moins en moins favorable, à moins que l'assuré trouvât une formation ou une orientation où il pût se sentir à l'aise. Sa capacité de travail était nulle en tant que mécanicien automobile et dans toute activité physique ou manuelle nécessitant de la force ou l'agilité de la main droite. L'assuré était toutefois capable d'écrire. Concernant l'exercice d'une activité adaptée, le médecin a précisé que l'assuré avait besoin d'une réorientation, afin de définir les objectifs réalistes et de faire un travail sur le plan psychique pour se remotiver à suivre des études.

8. Selon le rapport d'évaluation du 4 avril 2013 de la conseillère en réadaptation de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) l'assuré avait une attitude prostrée, un manque de force apparent dans le bras droit, plus particulièrement le poignet. Il se disait fatigué mentalement. Il était abattu et avait pris du poids en raison d'un isolement plus fréquent à domicile, ainsi que d'un manque d'activité. Au domicile, il se faisait aider dans les activités du quotidien. Sa mère était malade depuis une dizaine d'années et annoncée à l'assurance-invalidité. Son père travaillait comme indépendant. L'assuré vivait avec ses parents, son frère et sa sœur, ainsi que sa grand-mère dans un appartement comportant deux chambres. Il voulait quitter le domicile familial, retrouver du calme pour pouvoir s'installer avec son amie. Il avait interrompu un apprentissage de mécanicien en raison du manque de force dans la main droite, puis suivi des cours d'employé de commerce auprès de l'école Persiaux pendant plusieurs années. Après avoir réussi la première année, il n'avait pas pu terminer les années suivantes en raison d'hospitalisations et de traitements thérapeutiques (ergothérapie, physiothérapie). Dans ses loisirs, il sortait avec des copains. Malgré un désir d'être indépendant financièrement, il disait manquer de motivation pour reprendre ses études. Il avait de bonnes compétences en informatique et pouvait taper à l'ordinateur en utilisant les deux mains malgré son atteinte. Il appréciait également la comptabilité, mais avait plus de difficulté pour la correspondance. Dans sa conclusion, la conseillère en réadaptation a constaté que l'assuré évoquait une baisse de moral avec une perte d'estime de soi, se décrivant comme petit et gros, alors que son frère, qui suivait le collège, était grand, fort et doué. L'assuré semblait affecté par le regard et les

remarques d'autrui. Il avait fait état de périodes de pleurs et d'un isolement au domicile plus fréquent.

9. Selon la note du 2 mai 2013 relative à l'entretien de la conseillère en réadaptation avec le directeur de l'École Persiaux, l'assuré était tout à fait capable pour l'activité d'employé de commerce, était sérieux et sympathique, mais avait besoin de l'argent à l'école.
10. Selon la note de travail du 10 mai 2013 de la conseillère en réadaptation, l'assuré a été informé de la mise en œuvre d'une mesure aux Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 3 au 28 juin 2013. L'assuré disait toutefois ne pas être disponible en raison d'un voyage et d'une cure thermale. La conseillère en réadaptation lui a demandé de se rendre disponible, tout en essayant de reporter la mesure au 20 juin 2013.
11. Selon la note de travail du 13 mai 2013 relative à un entretien entre la conseillère en réadaptation et l'assuré, celui-ci disait ne pas pouvoir décaler son séjour à l'étranger pour une cure thermale. Il espérait par ailleurs obtenir une rente.
12. Le 17 mai 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il le mettait au bénéfice d'une orientation auprès des EPI du 3 au 28 juin 2013.
13. Selon le rapport relatif à une consultation aux Urgences des HUG en date du 22 mai 2013, l'assuré a fait une crise de panique suite à un conflit familial. Il a été amené par son père aux urgences. L'assuré a fait état de sa humeur dépressive et de la difficulté de vivre dans un appartement exigu. Le diagnostic du médecin de l'unité d'accueil et d'urgence psychiatrique (UAUP) était un épisode dépressif majeur récurrent. L'assuré souhaitait intensifier le suivi psychiatrique.
14. Selon la note de travail du 11 juin 2013 de la conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré ne s'est présenté aux EPI que le 11 juin 2013. Contacté par la conseillère en réadaptation, il a allégué ne pas avoir reçu la convocation. À cet égard, la conseillère en réadaptation a exprimé sa surprise, dès lors qu'elle lui avait donné copie de la convocation le 22 mai 2013.
15. Le 26 juin 2013, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation de reprendre contact avec son service d'ici le 8 juillet 2013, afin d'envisager une reprise de la mesure d'orientation mise en place aux EPI, ainsi que de poursuivre cette mesure jusqu'à son terme. L'OAI a fait état de ce que l'assuré était absent du stage aux EPI depuis le 18 juin 2013, sans avoir donné des nouvelles.
16. Selon le rapport du 1^{er} juillet 2013 du service socioprofessionnel des EPI relatif à une période d'observation de cinq jours, l'assuré dispose de compétences assez claires au niveau de la compréhension et de la rapidité d'exécution dans les tâches théoriques. Il présente aussi une très grande adaptation pour suppléer au handicap

de la main droite, au point de réussir certains exercices dans le temps normal pour une personne valide avec une qualité d'exécution proche de la norme. Il est ainsi apte à suivre une formation avec des éléments théoriques sans difficultés particulières d'ordre intellectuel. L'assuré a aussi une bonne capacité de réflexion et d'analyse pour suivre des consignes complexes et multiples. Toutefois, l'observation professionnelle avait été trop courte pour pouvoir tirer une conclusion crédible et utilisable concernant ses capacités intellectuelles, sociales et professionnelles. L'évaluation restait très subjective et il n'était pas possible de se prononcer notamment sur la résistance ou l'évolution à court terme de l'assuré.

17. Selon le rapport de clôture du 12 juillet 2013 de la conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré n'a pas retiré la sommation du 26 juin 2013 qui lui avait été adressée sous pli recommandé. Il n'a pas non plus repris contact avec son service. L'assuré ne semble pas être dans une dynamique de formation et de recherche d'un emploi, même s'il a allégué vouloir être autonome financièrement, afin de pouvoir louer un appartement et ne plus vivre chez ses parents. Il a fait appel à l'Hospice général et exprimé son souhait de percevoir une rente d'invalidité.
18. Par missive reçue à l'OAI le 13 septembre 2013, la doctoresse E_____, psychiatre FMH, a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était pas capable de remplir un rapport concernant l'assuré, celui-ci n'étant venu que deux fois à la consultation.
19. Une EMNG effectuée le 26 septembre 2013 ne montrait pas de signe d'atteinte lésionnelle des nerfs médian, cubital et radial droits. L'assuré apparaissait franchement déprimé et défaitiste et était en situation de rupture de sa formation scolaire et professionnelle.
20. Selon le rapport du 10 octobre 2013 du Dr D_____, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la mi-juin 2013. Il présente de plus en plus de douleurs dans l'avant-bras droit et la mobilité s'est péjorée. Sur le plan psychique, son moral s'est détérioré de façon importante, avec des troubles de la concentration et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Le Dr D_____ lui a conseillé de reprendre un suivi psychothérapeutique régulier. Le pronostic est défavorable.
21. En juin 2014, l'assuré a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertise médical (CEMed) par les docteurs F_____, neurologue FMH, G_____, spécialiste FMH en médecine interne, et H_____, psychiatre FMH, ainsi que Madame I_____, neuropsychologue. Dans leur rapport du 12 août 2014, ces médecins n'ont fait état d'aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants étant sans répercussion sur celle-ci : troubles moteurs dissociatifs sous forme d'une atteinte sensitivomotrice distale du membre supérieur droit, troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels dans le contexte de signes de défaut d'effort et de majoration, dysthymie, personnalité anxieuse ou

évitante et d'obésité de classe II. La capacité de travail était complète avec un plein rendement. Sur le plan psychiatrique, il est relevé que l'assuré se sent malade depuis la fin de son cycle d'orientation, a progressivement perdu la force et ses capacités en général, commençant à se sentir différent des autres et à souffrir de leur regard. Il ne se sent pas capable de travailler, met en avant les limitations fonctionnelles tant neurologiques que mentales (troubles de la concentration, de la mémoire et perte de confiance). Il se dit également être intimidé par les gens et dépressif, ne voyant pas de solution pour l'avenir, ayant peur de toute le monde, n'ayant aucun intérêt pour cette vie qu'il n'estimait pas être pour lui et ne se voyant pas évoluer, alors que ses anciens camarades d'école avançaient dans la vie. Sa dépression était au maximum. Par ailleurs, il venait d'être quitté par sa femme en mai 2013. Il avait aussi des troubles du sommeil et se sentait souvent fatigué. Il voyait la mort comme une solution, mais n'avait jamais fait de tentative de suicide, car il était religieux. Il y a une année, il s'était présenté aux urgences psychiatriques en raison d'une crise d'angoisse forte qui l'empêchait de respirer, sans facteur déclenchant. Il avait tendance à éviter le contact avec les autres, avait honte de parler, ne se sentait pas intéressant, avait peur du jugement d'autrui, des moqueries et des reproches. Il ne se sentait pas à la hauteur et inférieur aux autres depuis des années. La plupart du temps il évitait de sortir de chez lui. Quant à ses occupations, il surfait sur internet entre dix et trente minutes par jour, lisait les actualités et s'informait sur Wikipédia. Le soir, il regardait la télévision pendant une heure au maximum. Il n'avait pas d'autres occupations et ne participait pas aux tâches ménagères ni aux courses. Pour les tâches administratives, il se faisait aider par son père. Pour les sondages par téléphone qu'il effectuait depuis l'âge d'environ 17 ans, il était occupé deux à trois heures le soir, mais de manière irrégulière (entre un à dix soirs par mois). L'assuré avait une bonne relation avec ses parents. Sa mère ne travaillait pas, car elle était très malade. Son frère, 21 ans au moment de l'expertise, aurait fait un tentamen médicamenteux et sa sœur, 18 ans au moment de l'expertise, aurait mal tourné, habitait chez des amis et était à la charge de l'Hospice général. En décembre 2013, l'assuré avait épousé une jeune femme venue le rejoindre à Genève depuis le Kosovo. Depuis le 5 mai 2014, les époux étaient séparés et en instance de divorce. D'après l'assuré, la vie avec lui était trop compliquée pour elle à cause des problèmes de santé et financiers. Il avait quelques copains, rencontrés à l'école ou au travail, qu'il ne voyait que très peu et ne les avait plus revus depuis mars 2013, restant plutôt replié sur sa famille nucléaire. Il possédait un permis de conduire et conduisait la voiture automatique de son père de temps en temps. A l'examen clinique il est constaté que l'assuré était négligé, mal coiffé, donnait l'impression d'être fatigué et en retrait, quasiment prostré. La mimique du visage et le regard exprimaient de la tristesse. Pendant l'entretien, il ne pleurait pas, n'exprimait ni douleurs ni angoisses. Le contact était normal et l'attitude en

apparence coopérante. Il n'y avait pas de déficit attentionnel et l'expertisé était orienté aux quatre modes. L'examen neuropsychologique mettait en évidence un fléchissement exécutif modéré, concernant les tâches de planification, d'inhibition et de flexibilité, un fléchissement de la mémoire de travail auditivo-verbale, des performances sévèrement déficitaires dans un test mesurant la mémoire épisodique et verbale, et un affaiblissement des fonctions attentionnelles. Toutefois, il y avait des signes de majoration et des incohérences. On observait de fréquentes anticipations négatives et des signes démonstratifs de surcharge, l'expertisé ayant systématiquement tendance à prévoir des performances catastrophiques. Un nouvel EMNG effectué ne mettait pas en évidence une anomalie. A l'examen neurologique, on constatait de discrets troubles statiques vertébraux et une petite sensibilité à la mobilisation du rachis cervico-dorso-lombaire, sans limitation significative de la mobilité et contracture des muscles paravertébraux. On notait par ailleurs une main droite tombante, une faiblesse d'extension de l'avant-bras droit et une impossibilité de tout mouvement volontaire au niveau distal du membre supérieur droit. L'examen de la sensibilité a montré une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale de la main droite, ainsi que des latences à l'étude de la sensibilité posturale du membre supérieur droit. Il n'y avait donc aucune atteinte neurologique périphérique à l'origine du déficit sensitivomoteur distal de ce membre ni d'élément pour une atteinte centrale. Enfin, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, la dysthymie et le probable trouble de la personnalité anxieuse et évitante ne pouvant être considérés comme telle. Il n'y avait pas d'affection corporelle chronique ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les traitements obligatoires stationnaires n'avaient pas échoué, en l'absence d'une prise en charge psychiatrique. Quant au profit tiré de la maladie, il consistait en l'occurrence dans le fait que celle-ci permettait à l'expertisé d'éviter de se confronter au regard des autres dans une activité professionnelle, par exemple.

22. Dans son avis médical du 15 septembre 2014, la doctoresse J_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, sur la base de l'expertise du CEMed.
23. Le 23 septembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations.
24. Par courrier du 24 octobre 2014, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à ce projet de décision et a requis une rente d'invalidité entière. Il a fait valoir qu'il était établi et souffrait d'une parésie de la main droite depuis 2005, ainsi que d'un état anxieux-dépressif depuis 2012. De ce fait, il n'avait pu mener à terme aucune formation. Récemment, son état psychique s'était aggravé.

25. Par décision du 31 octobre 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.
26. Par acte du 3 décembre 2014, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision, sous suite de dépens. Il a fait valoir que l'expertise du CEMed était contradictoire, dans la mesure où elle semblait admettre qu'il ne pouvait se servir de sa main droite, tout en en faisant abstraction, du fait que cette parésie ne pouvait être expliquée sur le plan médical. Néanmoins, son incapacité de travail était bien réelle et durable et l'avait empêché de mener à bien un apprentissage. Sous l'angle psychique, le recourant a considéré que l'expertise sous-estimait l'importance de ses troubles.
27. Dans sa réponse du 13 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise du CEMed, à laquelle il a attribué une pleine valeur probante. On ne pouvait par ailleurs se fier aux seules déclarations subjectives de l'expertisé, de sorte qu'il ne pouvait être reproché à l'expert psychiatre d'avoir sous-estimé les troubles au niveau psychiatrique. Il en allait de même concernant l'atteinte de la main droite.
28. Invité à préciser ses conclusions, le recourant a conclu le 1^{er} avril 2015 à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé en vue d'une nouvelle décision lui octroyant une rente d'invalidité entière, dès lors que toute nouvelle orientation professionnelle semblait veine au vu des échecs des tentatives précédentes.
29. Par courrier du 29 avril 2015, le docteur K_____, psychiatre FMH, et Monsieur L_____, psychologue FSP, ont répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Ils ont émis le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique), de personnalité anxieuse évitante et de troubles moteurs dissociatifs. La capacité de travail était actuellement nulle. A titre de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, ils ont cité un problème de manque de confiance en soi, une conduite d'échec et un retrait social. Ils partageaient la plupart des observations de l'expertise CEMed, mais estimaient que la conjugaison des diagnostics émis était invalidante. Le diagnostic de dysthymie ne paraissait pas non plus refléter la réalité décrite dans le rapport ni ne correspondait à leurs propres observations. Ces problèmes étaient à attribuer à des difficultés du développement de l'identité de l'assuré au début de l'adolescence compte tenu de l'apparition progressive de diminution de capacité de son bras droit, ainsi que de l'échec des lourdes thérapies mises en place, de sa parentification en tant qu'aîné de la famille, devant porter une grande partie des problèmes de ses parents (aider sa mère sur son lieu de travail, faire face aux problèmes économiques et aux dettes) et des problèmes rencontrés par ses frère et sœur. S'en était suivie une perte progressive de confiance en lui et en l'avenir, une succession d'échecs sur le plan scolaire et professionnel. La modification de son apparence en raison de la forte

prise de poids avait encore augmenté le sentiment de honte et d'inadéquation. A ce jour, le recourant se débattait face à ces réalités, mais ne parvenait pas à remettre sa vie en ordre. La rupture récente de son épouse avait été un facteur aggravant de son état dépressif et de l'image dévalorisée de lui-même. Le recourant s'était présenté de son propre chef au centre de soins d'Appartenances pour demander un suivi en date du 12 novembre 2014. Une psychothérapie individuelle à raison d'une séance hebdomadaire a été mise en place. Le recourant se montrait à la fois demandeur et très collaborant. L'introduction d'un traitement antidépresseur devait encore être étudiée prochainement. Dans le pronostic, le Dr K_____ et M. L_____ ont relevé que le recourant avait franchi un grand pas en demandant une aide de type psychologique. Cela était porteur de l'espoir de remettre en place une dynamique positive dans sa vie, lui permettant à terme de devenir indépendant. La reconstruction d'un projet de vie prendra par contre du temps et nécessitera des aides à l'insertion professionnelle.

30. Dans son avis médical du 11 mai 2015, le Dr M_____ du SMR a constaté que le Dr K_____ ne suivait le recourant que depuis bien après la réalisation de l'expertise du CEMed et postérieurement à la décision litigieuse. Aucun antidépresseur n'avait été encore prescrit. Cela faisait penser à une aggravation réactionnelle à la séparation de l'épouse du recourant, d'une part, et à la décision litigieuse, d'autre part. L'éventuelle aggravation n'était ainsi ni sévère ni durable, selon la jurisprudence en la matière. Il n'y avait pas non plus une perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. Le Dr K_____ n'avait pas expliqué les éléments cliniques à retenir pour admettre le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Partant, le SMR a maintenu sa précédente conclusion.
31. Par écriture du 15 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant en substance sur l'avis médical du SMR et l'expertise du CEMed. Le Dr K_____ semblait en outre ne pas connaître la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux.
32. Le 20 mai 2015, l'assuré a été entendu par la chambre de céans et a déclaré ce qui suit :

« Si je ne suis pas allé plus tôt chez un psychiatre, c'est que j'avais beaucoup de préjugés de consulter un tel médecin. Cela m'a demandé un grand effort de demander l'aide d'un psychiatre, car dans mon esprit, il est là pour soigner des « fous ». Mes parents m'ont beaucoup soutenu afin que je fasse ce pas.

Un traitement anti-dépresseurs m'a été prescrit et j'ai commencé à le prendre. Malheureusement, il m'a provoqué beaucoup d'effets secondaires, je vomis, et j'ai des gros troubles du sommeil.

Quant au stage aux EPI, je l'ai interrompu parce que j'avais beaucoup de douleurs dans le bras. Mon père avait apporté une attestation médicale dans ce sens, mais il semble que les EPI ne l'ont pas reçue.

J'ai beaucoup de problèmes d'oubli et de concentration.

Je suis celui qui parle le mieux le français dans la famille et, auparavant, j'aidais beaucoup mes parents pour toute sorte de démarche administrative. Aujourd'hui, je ne suis plus en mesure de le faire à cause de mes problèmes de concentration.

Contrairement au Docteur K_____, je pense malheureusement que mon incapacité de travail est durable et non pas passagère. »

33. Par courrier du 2 juin 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de soumettre le recourant à une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Docteur N_____. Elle leur a également communiqué les questions à poser à l'expert.
34. Le 3 juillet 2015, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucune objection quant au choix de l'expert et à sa mission.
35. Par écriture du 21 juillet 2015, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, estimant en substance que l'expertise du CEMed présentait une pleine valeur probante, de sorte que la mesure d'instruction envisagée était inutile en l'absence d'un élément médical objectif qui aurait été ignoré par les experts dudit centre. Il a demandé également que la liste des questions fût complétée.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. Les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1).

L'atteinte à la santé doit faire l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée (arrêt du Tribunal fédéral op.cit. consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

3. Dans son arrêt 9C_942/2014, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

4. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

- a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage l'attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soin, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. A cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

5. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et

qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doit être attribuée à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

6. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par le CEMed. Au vu des plaintes rapportées sur le plan psychiatrique dans cette expertise et la parésie inexplicée de la main droite, pour laquelle le recourant a demandé depuis 2007 de multiples examens médicaux, la chambre de céans n'est pas totalement convaincue par le diagnostic de dysthymie retenu, d'autant moins que ce diagnostic est contesté par le Dr K_____, alors qu'aucune aggravation des troubles psychiques n'est alléguée depuis l'expertise du CEMed.

À cela s'ajoute que la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant l'évaluation de la capacité de travail consécutive à un trouble somatoforme a changé.

Dans ces conditions, la chambre de céans estime nécessaire de soumettre le recourant à une expertise psychiatrique judiciaire.

7. Celle-ci sera confiée au Dr N_____.
8. Quant à la mission de cet expert, la chambre de céans tiendra compte des propositions de l'intimé.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont les diagnostics sur le plan psychiatrique et lesquels de ces diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail ?
 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de Monsieur A_____ sur le plan psychiatrique, sans tenir compte d'un éventuel trouble somatoforme douloureux ?
 3. Quelle est la capacité de travail de Monsieur A_____ sur le plan psychiatrique dans une activité adaptée au handicap de la main droite (chez un gaucher), sans tenir compte de l'éventuel trouble somatoforme douloureux ?
 4. La douleur dans la main droite doit-elle être qualifiée de persistante et intense ? S'accompagne-t-elle d'un sentiment de détresse ? Quelles limitations entraînent la parésie et la douleur de cette main dans les activités quotidiennes et dans l'activité lucrative pour B_____ SA ou une autre activité, de type d'employé de commerce?
 5. Le refus de M. A_____, dans un premier temps, de participer à la mesure de réadaptation aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI), puis l'interruption de cette mesure, sont-ils liés aux troubles psychiques constatés et, dans l'affirmative, lesquels ? Etait-il exigible, d'un point de vue psychiatrique, que l'expertisé participât à ces mesures et ne les interrompât pas?

6. Constatez-vous une exagération des symptômes ou une discordance entre les plaintes et le comportement observé ?
 7. Quelle est la capacité de travail en prenant en considération tous les diagnostics, y compris l'éventuel trouble somatoforme douloureux, dans une activité adaptée au handicap de la main droite?
 8. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du CEMed, notamment sur le volet psychiatrique ?
 9. Comment vous déterminez-vous sur le rapport médical du Dr K_____ du 29 avril 2015 ?
 10. Quel est le traitement actuel de Monsieur A_____ ?
 11. Quelle est sa compliance ?
 12. Quel traitement et aides à l'insertion professionnelle préconiserez-vous ?
 13. Quel est votre pronostic ?
- D. Invite le Dr N_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le