

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3757/2016

ATAS/254/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 27 mars 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY

recourant

contre

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

intimé

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1958, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé à compter de 1988 en qualité de serveur dans un hôtel à Genève.
2. Le 12 juillet 2011, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des douleurs testiculaires chroniques et invalidantes, en lien avec une opération « ratée » des varicocèles pratiquée en janvier 2011.
3. L'assuré a été licencié avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2011.
4. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2011, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a confirmé la persistance d'un varicocèle droit et de douleurs chroniques invalidantes à la suite d'une opération (bilatérale) des varicocèles. Exacerbées par chaque mouvement, les douleurs rendaient toute position inconfortable chez un patient jugé travailleur et non plaignant. En raison de la symptomatologie, une activité professionnelle paraissait impossible.
5. Une expertise psychiatrique a été réalisée le 28 février 2012 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame D\_\_\_\_\_, psychologue, à la demande de l'assureur perte de gain maladie.

Les experts ont retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, actuellement en rémission ([CIM-10] F43.22) et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs versus syndrome douloureux somatoforme persistant (F54). Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des difficultés liées à l'emploi (Z56) et des traits de personnalité anxieuse (Z73.1).

L'anamnèse, les tests psychométriques et l'examen clinique ne permettaient pas de diagnostiquer un épisode dépressif, raison pour laquelle les experts ont conclu à un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, réactionnel à une douleur testiculaire chronique et à des tensions familiales transitoires.

La question de savoir si les douleurs de l'assuré s'expliquaient par un substrat organique demeurait indéterminée. Dans l'affirmative, il convenait de retenir le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs ; dans l'hypothèse contraire, celui de syndrome douloureux somatoforme persistant.

---

Du point de vue psychiatrique, les experts ont conclu à une capacité de travail nulle du 18 janvier 2011 au 31 mars 2012, puis entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, dans toute activité.

6. Dans un rapport du 18 juillet 2012, le Centre multidisciplinaire de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a indiqué qu'aucune lésion à l'origine des douleurs de l'assuré n'avait été mise en évidence, mais que des douleurs neurogènes à caractère irritatif (sans lésion) ne pouvaient être exclues. Un suivi à long terme par une personne de confiance et un traitement conservateur étaient préconisés.
7. Le 30 septembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait toujours de douleurs testiculaires chroniques et invalidantes, surtout du côté droit, mais également d'une hypertension artérielle stade II, d'une anémie, d'un syndrome inflammatoire d'étiologie indéterminée, d'une intolérance au glucose et d'une dyslipidémie mixte. Les traitements antalgiques et « TENS » (neurostimulation électrique transcutanée) n'avaient pas amené d'amélioration. En raison des douleurs, l'assuré ne pouvait ni rester assis, ni porter de charges, et le maintien de la position debout était limité à 20-30 minutes. Sa capacité de travail restait nulle.
8. Mandatée par l'OAI, la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) a réalisé une expertise pluridisciplinaire.

Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> mars 2016, les docteurs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine interne, G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale (N50.8) et de status post cure chirurgicale de varicocèle en 2011 (I 86). Ils ont également mentionné, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail, une réaction dépressive (F43.22).

Il a été relaté que l'assuré avait souffert d'une insuffisance cardiaque et d'un accident vasculaire cérébral en relation avec une hypertension artérielle et une pathologie des glandes surrénales, mais une adaptation de son traitement avait permis de résoudre ces complications cardiaques, lesquelles ne justifiaient que des incapacités de travail transitoires. En outre, l'assuré avait subi en septembre 2015 une ablation de la glande surrénale droite, laquelle n'avait entraîné qu'une incapacité de travail de quelques semaines.

Au plan neurologique, aucun substrat anatomique aux douleurs alléguées n'avait pu être mis en évidence. Aucune anomalie n'avait été décelée, hormis une possible hypodysesthésie testiculaire bilatérale. Faute de pathologie objectivée, l'expert en neurologie ne retenait ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail.

Au plan psychiatrique, la thymie paraissait légèrement dépressive, mais sans trouble de la pensée. Bien qu'aucune étiologie organique ne permette d'expliquer

---

les douleurs, les experts ont écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, au motif que les douleurs n'étaient pas généralisées mais circonscrites, d'une part, qu'elles ne trouvaient pas leur origine dans des conflits émotionnels majeurs ou des problèmes psychosociaux, d'autre part. Les experts ont souligné que les plaintes de l'assuré paraissaient sincères et que les douleurs occasionnaient quotidiennement chez lui un sentiment de honte, compte tenu de leur localisation et des gestes de soulagement qu'il devait effectuer régulièrement à la vue de tous (tirer sur son slip ou son pantalon au niveau de l'entrejambe). L'assuré avait par ailleurs adhéré aux traitements invasifs qui lui avaient été proposés, ce qui témoignait d'un authentique vécu douloureux. Pour autant, il ne souffrait, selon les experts, d'aucune pathologie psychiatrique limitant sa capacité de travail.

En conclusion, les experts ont conclu que le syndrome douloureux chronique, non associé à une pathologie psychiatrique, était à l'origine d'un retentissement fonctionnel important chez un assuré ne paraissant ne disposer que de faibles ressources pour le surmonter. L'assuré décrivait des douleurs exacerbées lorsqu'il mobilisait ses membres inférieurs et avait besoin de souvent remettre en place son sous-vêtement, raison pour laquelle il convenait de privilégier une activité exercée en position assise, lui permettant de se lever et d'éviter les marches prolongées, ainsi que les contacts visuels avec le public. La capacité de travail était nulle depuis le 18 janvier 2011 dans l'activité habituelle de serveur, mais entière dans toute activité adaptée aux limitations.

9. Le 13 mai 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation.
10. Le 21 juin 2016, l'assuré a manifesté son désaccord, en reprochant notamment aux experts d'avoir omis d'examiner s'il souffrait d'un « syndrome douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques ».

À l'appui de son opposition, l'assuré a transmis un rapport du Dr B\_\_\_\_\_, dans lequel son médecin traitant reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte des conséquences fonctionnelles de la douleur elle-même, à savoir une fatigabilité importante, une irritabilité, un retrait social, ainsi qu'une diminution des capacités de concentration, de résistance au stress et d'adaptation. Le Dr B\_\_\_\_\_ y concluait une fois encore à une totale incapacité de travail dans toute activité et préconisait la mise en œuvre d'un complément d'expertise.

11. L'OAI a alors interpellé les experts qui se sont déterminés comme suit :

« 1. Comment vous positionnez-vous par rapport à l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ ?

Les experts ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique sans cause organique objectivée. Dans ce contexte, c'est pour tenir compte des faibles ressources de l'expertisé pour faire face à ce syndrome douloureux que des limitations fonctionnelles ont cependant été retenues en prenant en compte les situations décrites par [l'assuré] comme aggravant la douleur ou à l'origine du stress. Une activité adaptée tient compte de ces situations et la capacité de travail

---

dans une activité respectant les limitations fonctionnelles est donc estimée entière et sans diminution de rendement.

2. Y a-t-il d'autres limitations fonctionnelles à prendre en compte, si oui lesquelles et avec quelles répercussions sur la capacité de travail ? Si non, merci de motiver.

Comme rappelé ci-dessus, les conséquences fonctionnelles du syndrome douloureux de [l'assuré] ont été prises en compte, nous n'en avons donc pas à en rajouter ».

12. Par décision du 3 octobre 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a considéré que l'intéressé avait conservé une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée. Le taux d'invalidité, de 11%, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou une mesure de reclassement.

13. Le 3 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière assortie de rentes complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

En substance, le recourant fait grief aux experts de la PMU de ne pas avoir examiné s'il existait des limitations fonctionnelles induites par ses douleurs, ce qu'il estime contraire à la jurisprudence fédérale relative aux atteintes sans étiologie claire et à la littérature médicale.

Il déplore par ailleurs que les experts n'aient pas discuté du diagnostic de « syndrome douloureux chronique avec facteurs somatique et psychique ».

Enfin, il juge insuffisamment motivées les réponses données par la PMU aux questions complémentaires de l'OAI.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 novembre 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé considère que les experts ont dûment tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant pour évaluer sa capacité de travail.

Il rappelle que les douleurs sont, par définition, subjectives et ne suffisent pas à justifier une totale incapacité de travail.

Enfin, il observe que le recourant ne se prévaut d'aucun élément objectivement vérifiable, susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

15. Par écriture du 15 décembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.

16. Entendu par la Cour de céans en date du 6 avril 2017, le Dr B\_\_\_\_\_, qui suit l'assuré depuis 2004, a déclaré ne pas partager l'opinion des experts quant aux limitations fonctionnelles retenues, qui lui paraissent insuffisantes, et au diagnostic de maladie psychosomatique, auquel il préfère celui de douleurs neurogènes.

Le témoin a expliqué que si les consultations étaient initialement très épisodiques, elles se sont multipliées depuis l'intervention chirurgicale, à raison d'une ou deux

---

par mois. C'est en effet depuis cette opération que l'assuré souffre de douleurs testiculaires invalidantes. Celles-ci sont décrites comme prédominant du côté droit, permanentes et exacerbées par chaque mouvement, ce qui empêche la marche prolongée et les positions debout ou assise statiques. L'assuré se plaint par ailleurs d'une grande fatigue, de troubles du sommeil et d'une humeur dépressive, qui s'est récemment péjorée. Depuis l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, en 2012, son état de santé psychique s'est détérioré au point qu'il consulte depuis février 2017 un psychiatre, le docteur J\_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un état dépressif sévère et lui a prescrit du Cymbalta. Il est trop tôt pour juger du résultat du traitement. Le témoin a expliqué que si la prise en charge psychiatrique n'a débuté que tardivement, c'est parce que cela revenait pour l'assuré à admettre que son problème se situait au niveau psychique et non physique.

Le témoin s'est dit convaincu de la sincérité de son patient dont il souligne qu'il ne retire aucun bénéfice de la situation. Le médecin n'a jamais constaté de discordance entre le discours et le comportement de l'assuré.

Objectivement, l'assuré paraît de plus en plus fatigué et déprimé. Son entourage rapporte de fréquents pleurs ; il s'est progressivement replié sur lui-même et ne s'adonne plus au moindre loisir. Depuis que les douleurs sont apparues, il ne peut plus rien faire. Il est de plus en plus irritable, impatient et supporte mal les contacts, le stress et le bruit. De surcroît, il doit en permanence se réajuster, ce qui est gênant en société. Au-delà de sa faible résistance au stress, il présente également une baisse de ses facultés d'adaptation, ce qui s'explique notamment par le manque de ressources personnelles décrit dans l'expertise.

Le médecin traitant explique qu'après avoir tenté des traitements conventionnels (Dafalgan), l'assuré s'est tourné vers le Lyrica (jusqu'à 600 mg par jour), lequel n'a pas entraîné d'amélioration mais, au contraire, une sédation importante. En raison d'un problème de la glande surrénale et d'une forte hypertension, les anti-inflammatoires n'entrent pas en considération. La Consultation de la douleur des HUG a par ailleurs déconseillé, toujours en raison de l'hypertension, la prise d'un antidépresseur à visée antalgique. L'assuré a donc pris de la morphine (jusqu'à trois fois 20 mg par jour), sans plus de succès, avec une sédation encore plus importante, de sorte qu'il y a été renoncé. Une stimulation électrique cutanée a été pratiquée, là encore sans succès. Finalement, la Consultation de la douleur a préconisé de renoncer à tout traitement invasif qui pourrait aggraver davantage la situation.

L'assuré a tenté une reprise du travail, qui s'est soldée par un échec immédiat.

En définitive, le témoin a réitéré qu'à son avis, depuis l'intervention de 2011, l'assuré est totalement incapable d'exercer une activité professionnelle.

17. La Cour de céans a invité les experts de la PMU à répondre par écrit à diverses questions, auxquelles ils ont répondu de la manière suivante.

---

a. Par courrier du 14 mars 2017, les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, experts en médecine interne, ont expliqué que si l'expert principal n'avait pas jugé nécessaire de prendre contact avec les experts en neurologie et en urologie, c'était parce qu'il avait considéré que leurs conclusions étaient claires, concordantes et cohérentes avec le dossier médical.

Par ailleurs, si les experts avaient jugé l'assuré capable d'exercer une activité adaptée dès la date de son opération des varicocèles, c'est parce qu'une telle intervention ne peut entraîner qu'une incapacité de travail de quelques jours à un mois selon les cas et qu'en l'occurrence, la reprise d'une activité professionnelle était envisageable après quelques jours.

S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont admis que les douleurs du scrotum semblent entraîner des limitations dans la vie quotidiennes, puisque l'assuré dit éviter les loisirs et les contacts sociaux. Les experts précisent avoir tenu compte de ces limitations « selon les recommandations de l'ATF 141 V 281 [...], parce qu'elles sont plausibles avec le syndrome douloureux verbalisé ». Ils ont également tenu compte du fait que la marche accentue les douleurs (frottement) et de la nécessité pour l'assuré de fréquemment remettre en place ses sous-vêtements ; ces limitations sont incompatibles avec l'activité de serveur, qui nécessite des déplacements et des contacts avec les clients.

Si les experts ne se sont pas référés à la méthode « Mini-ICF-AFP », c'est parce qu'elle est destinée à évaluer les limitations psychiques et qu'en l'occurrence, aucune pathologie psychiatrique n'a été retenue, hormis un syndrome apparenté.

S'agissant des limitations évoquées par le Dr B\_\_\_\_\_, les experts ont répondu que le seul élément cliniquement objectivable est une hypersensibilité testiculaire à la pression et au frottement. Après l'échec des thérapies destinées à traiter d'éventuelles douleurs d'origine neurogène, l'assuré n'a été traité qu'avec des antalgiques de palier I (Dafalgan), ce qui n'évoque pas des douleurs intenses et « insomniantes ».

S'agissant de la thymie dépressive, ni l'expert-psychiatre de la PMU, ni le Dr C\_\_\_\_\_ n'ont retenu de répercussions de « l'humeur basse » sur la capacité de travail. D'ailleurs, le Dr B\_\_\_\_\_ n'a pas prescrit de traitement antidépresseur ou hypnotique et les experts n'ont pas mis en évidence de trouble cognitif ou de retrait social ; l'assuré a surtout décrit un sentiment de honte par rapport à la localisation de ses douleurs. Il mentionne dans le déroulement de sa journée qu'il va régulièrement boire un café avec des amis et conserve par ailleurs de bonnes relations familiales.

Au vu de l'ensemble des éléments, les limitations fonctionnelles entraînent tout au plus une diminution de rendement de 10%, selon les experts.

---

b. Par courrier du 27 juillet 2017, le Dr H\_\_\_\_\_, expert-psychiatre, a indiqué que si le diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant » (F45.4) avait été écarté au profit de celui de « syndrome douloureux chronique de la région inguinale » (N50.8), c'était, d'une part, parce que l'utilisation d'antalgiques de palier 1 ne permet pas de suspecter des douleurs intenses, d'autre part, parce que le syndrome n'est pas survenu dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour en constituer la cause essentielle.

Il a été admis qu'il fallait éviter tout travail au contact du public, puisque les gestes de soulagement de l'assuré paraissent inconciliables avec la nécessité de s'entretenir fréquemment avec des clients.

S'agissant des limitations énoncées par le Dr B\_\_\_\_\_, l'expert a relevé que le diagnostic retenu de « réaction dépressive » (F.43.22) implique effectivement une irritabilité, mais souligné que l'expertise n'avait pas mis en évidence de troubles du sommeil.

Enfin, l'expert-psychiatre a rappelé qu'aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'avait été retenu et qu'en fait, la plupart des limitations résultent des mouvements que l'assuré effectue pour soulager ses douleurs.

c. Par pli du 7 août 2017, le Dr I\_\_\_\_\_, expert en neurologie, a confirmé qu'en l'absence d'atteinte des structures nerveuses périphériques et centrales, il ne pouvait retenir l'existence de douleurs neurogènes ou de limitations fonctionnelles sur ce plan.

18. Invité à se déterminer, le recourant, par écriture du 18 septembre 2017, a requis derechef la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Il considère que l'expertise ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels et qu'il appartient à la juridiction cantonale d'en ordonner une permettant de se prononcer sur les indicateurs relatifs aux atteintes sans étiologie claire.

Il reproche notamment aux experts en médecine interne et à l'expert-psychiatre de ne pas avoir répondu à la question de savoir si des limitations ou une diminution de rendement peuvent résulter de la douleur elle-même. Quant à l'expert en neurologie, il a écarté toute limitation au moyen de « formules lapidaires », sans tenir compte du fait qu'une lésion n'est pas nécessaire pour générer une douleur, selon la littérature médicale récente.

19. Par écriture spontanée du 18 décembre 2017, le recourant a fait valoir que, selon un récent arrêt du Tribunal fédéral, il convenait d'évaluer les répercussions sur la capacité de travail de toute atteinte d'ordre psychique selon les principes édictés en matière de trouble somatoforme douloureux, d'où la nécessité, selon lui, de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

- 
20. Informé par la Cour de céans de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire, l'intimé a répondu, par écriture du 2 juillet 2018, qu'une telle expertise ne se justifiait pas à son avis.
  21. Par écriture du 17 août 2018, le recourant s'est déterminé à son tour en suggérant un certain nombre de questions complémentaires.
  22. Par ordonnance du 27 août 2018 (ATAS/734/2018), la Cour de céans a mis sur pied une expertise, qu'elle a confiée au Bureau d'expertises médicales de Vevey (BEM). Celui-ci, dûment consulté au préalable, avait dit accepter le mandat.
  23. Ce nonobstant, le BEM, par courrier du 19 décembre 2018, a informé la Cour de céans que, suite à des changements intervenus au sein de son équipe d'experts, il n'était plus en mesure d'assurer le mandat.
  24. La Cour a donc approché successivement l'Hôpital de Sion, celui de Fribourg, celui de Bâle, le Centre d'expertise de Lancy, la Clinique romande de réadaptation de Sion, l'Inselspital de Bern et le Centre d'expertises médicales (CEMed) qui, tous, pour des raisons diverses et variées, ont refusé le mandat.
  25. Swiss Medical Expertise SA (SMEX SA), également approché, a indiqué être prêt à assumer le mandat, avant de faire savoir à la Cour de céans qu'il n'avait pu trouver d'urologue susceptible de compléter son équipe d'experts.
  26. Interpellées par la Cour de céans, les parties se sont exprimées par écritures du 18 mars 2019.  

L'intimé a suggéré, vu les difficultés à mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire incluant un volet urologique, d'ordonner une expertise urologique seule puis de la soumettre aux experts chargés de l'expertise multidisciplinaire.

Le recourant a pour sa part maintenu sa demande d'expertise judiciaire, proposé une solution similaire à celle évoquée par l'intimé et suggéré à titre d'expert urologue le docteur K\_\_\_\_\_, à Bulle.
  27. Ce dernier, contacté par la Cour de céans, a déclaré accepter le mandat.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
  3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.
  4. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
  5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

6. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

Toutefois, dans un arrêt rendu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient en règle générale être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité). Il a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de

---

l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Dans un arrêt subséquent, il a considéré que dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve étaient communes à toutes les affections psychiques, le catalogue d'indicateurs découlant de l'ATF 141 V 281 devait être étendu également à ces affections, y-compris aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409 consid. 4.2.1). Ces modifications jurisprudentielles ne changent cependant rien à la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante à l'aide des indicateurs standards. À défaut, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

7. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

---

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel

au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

C. Axe « contexte social »

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

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la

---

conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

8. Selon le Tribunal fédéral, le changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de nier toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).
9. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

10. En l'espèce, l'intimé a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise de la PMU, à teneur duquel le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans

---

toute activité exercée en position assise, lui permettant de se lever et d'éviter les marches prolongées, ainsi que les contacts visuels avec le public.

Pour sa part, le recourant s'estime incapable d'exercer toute activité professionnelle. En substance, il reproche aux experts, d'une part, d'avoir retenu le diagnostic de « syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale » (N50.8) plutôt que celui de « syndrome douloureux chronique avec facteurs somatique et psychique » (F.45.41), d'autre part, d'avoir omis de prendre en considération diverses limitations psychiques induites par ses douleurs, telles qu'énumérées par son médecin traitant dans un rapport de juin 2016 (fatigabilité, irritabilité, retrait social, diminution des capacités de concentration, de résistance au stress et d'adaptation). Il demande à la juridiction cantonale de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

11. Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

a. La Cour de céans constate que les conclusions de l'expertise réalisée par la PMU en 2016 entrent partiellement en contradiction avec sa motivation, dans la mesure où les experts y ont considéré que l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée tout en soulignant dans leur appréciation, notamment :

- que « l'entretien et l'anamnèse permett[ai]ent avec un degré de vraisemblance élevé d'écarter une simulation ou une exagération chez un homme qui [avait] enduré ces cinq dernières années aussi bien la honte liée à l'emplacement des douleurs que les traitements proposés auxquels il s'[était] soumis et qui, pour certains, [avaient] pu être pénibles » (p.15) ;
- que « le syndrome douloureux a[avait] un impact sur la capacité de travail, sur l'insertion sociale et sur le climat relationnel avec les proches » (p.15) ;
- que « la compliance aux traitements invasifs qui [avaient] été proposés par le centre antidouleur [allait] également dans le sens d'un authentique vécu douloureux que l'absence d'étiologie objectivable ne [pouvait] totalement exclure » (p. 17) ;
- que « malgré l'absence d'étiologie somatique retrouvée, le syndrome douloureux chronique, non expliqué par une pathologie psychiatrique associée, [était] (...) à l'origine d'un retentissement fonctionnel important chez un expertisé semblant présenter peu de ressources pour le surmonter » (p.17).

Par ailleurs, force est d'admettre que l'expertise de la PMU ne permet pas d'apprécier la capacité de travail conformément aux indicateurs déterminants prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux atteintes sans étiologie claire (ATF 141 V 281), qu'il convient d'appliquer au cas d'espèce à défaut de substrat organique permettant d'expliquer les plaintes de l'assuré. On cherche notamment en vain dans cette expertise une évaluation motivée des ressources personnelles de

---

l'assuré, ainsi que la détermination des experts sur une éventuelle limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1 de l'arrêt cité). On regrette également que les experts ne se soient pas livrés à une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'opération chirurgicale de 2011 (ibidem), ni n'aient fourni la moindre indication quant au complexe de personnalité de l'assuré (diagnostic, développement et structure de la personnalité, fonctions complexes du moi, cf. consid. 4.3.2 de l'arrêt cité). Enfin, on constate que le diagnostic posé par les experts de « syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale » ne figure pas sous cette dénomination dans la Classification internationale des maladies éditée par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, 10<sup>ème</sup> révision). En effet, le code N50.8 auquel ils se réfèrent correspond aux « autres affections précisées des organes génitaux de l'homme ». Aussi doit-on admettre que l'expertise de la PMU ne revêt qu'une valeur probante limitée.

b. Bien qu'elle ne soit pas totalement exempte de renseignement à ce propos, l'expertise réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2012 ne contient pas non plus une évaluation complète et détaillée des ressources de l'assuré au regard d'une éventuelle limitation des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, étant rappelé que l'analyse devrait comprendre, dans la mesure du possible, une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé. Cette expertise est également peu diserte s'agissant du complexe de personnalité de l'assuré, alors que la nouvelle jurisprudence a renforcé les exigences de motivation sur ce point (cf. consid. 4.3.2 de l'arrêt cité). Enfin, l'expert C\_\_\_\_\_ a laissé ouverte la question du diagnostic, en mentionnant deux hypothèses, soit celles d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou de « facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs », que des investigations supplémentaires sur l'étiologie des douleurs étaient censées permettre de départager. Toutefois, l'expertise subséquente de la PMU, bien que confirmant l'absence de substrat organique, ne permet pas véritablement de clarifier la question puisqu'aucun de ces diagnostics n'y est retenu. Au vu de ce qui précède, des investigations médicales supplémentaires demeurent nécessaires afin que la chambre de céans puisse statuer sur la capacité de travail et le degré d'invalidité, partant sur le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité.

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens

que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire, parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, dans la mesure où deux expertises figurent déjà dans le dossier de l'administration, mais que des doutes subsistent sur leur valeur probante, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire en médecine urologie, complétée d'une seconde, en médecine interne, neurologie et psychiatrie.

La première expertise est confiée au Dr K\_\_\_\_\_. La seconde à SMEX SA, qui se déterminera sur le rapport de l'expert urologue et prendra langue avec ce dernier afin de livrer également à la Cour de céans une appréciation consensuelle.

\*\*\*

---

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise judiciaire en urologie, complétée d'une expertise judiciaire en médecine interne, neurologie et psychiatrie.
2. Commet à ces fins, d'une part, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, d'autre part, SMEX SA, soit pour elle les docteurs L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin praticien FMH, expert médical certifié SIM et médecin ACT certifié SIM, M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise de l'expert urologue et des experts de SMEX SA sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause;
  - b) si nécessaire, prendre tout renseignement auprès des médecins ayant traité l'assuré;
  - c) examiner et entendre l'assuré - voire son épouse et ses proches, si vous l'estimez utile -, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert urologue d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de l'assuré.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse).

Veillez indiquer s'il existe des diagnostics par défaut, dans l'hypothèse où les critères de classification ne permettent pas clairement de retenir un diagnostic particulier.
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? Quelle a été l'évolution des diverses atteintes et quelle est l'évolution habituelle en pareil cas ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?

---

Les processus de « sensibilisation centrale » de la douleur et les douleurs « neurogènes » suspectés par la Consultation de la douleur des HUG peuvent-ils être objectivés et si oui, par quels moyens ?

Des défauts enzymatiques sont-ils responsables de l'absence de réponse ou de l'intolérance de l'assuré à certains traitements ?

7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ?

Dans quelle mesure la douleur en elle-même influe-t-elle sur les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ?

8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

9. Dans l'affirmative, la majoration peut-elle être elle-même le symptôme d'une atteinte diagnostiquée ou d'une comorbidité ?

10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? Veuillez également mentionner les traitements « hétérodoxes » tentés par l'assuré (cure thermique ou médecines parallèles).

11. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

12. Indiquer si d'autres traitements que ceux en cours sont envisageables et le cas échéant, quelle serait leur influence sur la capacité de travail.

Quelles sont les probabilités de succès des éventuelles options thérapeutiques et quels sont les risques et/ou effets secondaires ? Combien de temps dureraient les mesures proposées ?

13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? Veuillez comparer avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé.

14. Dire quelles sont les limitations fonctionnelles,  
a) dans l'activité habituelle (cf. descriptif du poste de travail remis par l'employeur),

- 
- b) dans une activité adaptée.
  15. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
    - a) dans l'activité habituelle
    - b) dans une activité adaptée.
  16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant décrire son évolution et indiquer comment son taux a évolué.
  17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée. Le cas échéant, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel domaine d'activité vous paraît adapté.
  18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  19. Discuter les avis des experts s'étant déjà prononcés, des médecins de l'assuré et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
  20. Formuler un pronostic global.
  21. Toute remarque ou proposition utile.
5. Charge les experts de SMEX SA d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de l'assuré.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse).  
Veuillez indiquer s'il existe des diagnostics par défaut, dans l'hypothèse où les critères de classification ne permettent pas clairement de retenir un diagnostic particulier. Qu'en est-il en particulier du diagnostic F.45.41 ?
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? Quelle a été l'évolution des diverses atteintes et quelle est l'évolution habituelle en pareil cas ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?  
Les processus de « sensibilisation centrale » de la douleur et les douleurs « neurogènes » suspectés par la Consultation de la douleur des HUG peuvent-ils être objectivés et si oui, par quels moyens ?
-

---

Des défauts enzymatiques sont-ils responsables de l'absence de réponse ou de l'intolérance de l'assuré à certains traitements ?

7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ?

Dans quelle mesure la douleur en elle-même influe-t-elle sur les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ?

8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
9. Dans l'affirmative, la majoration peut-elle être elle-même le symptôme d'une atteinte diagnostiquée ou d'une comorbidité ?
10. Considérez-vous que la majoration des symptômes suffit à exclure une atteinte à la santé significative ?
11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? Veuillez également mentionner les traitements « hétérodoxes » tentés par l'assuré (cure thermale ou médecines parallèles).
12. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
13. Indiquer si d'autres traitements que ceux en cours sont envisageables et le cas échéant, quelle serait leur influence sur la capacité de travail.
- Quelles sont les probabilités de succès des éventuelles options thérapeutiques et quels sont les risques et/ou effets secondaires ? Combien de temps dureraient les mesures proposées ?
14. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? Veuillez comparer avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé.
15. Dire quelles sont les limitations fonctionnelles,
- c) dans l'activité habituelle (cf. descriptif du poste de travail remis par l'employeur),
  - d) dans une activité adaptée.

- 
16. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
    - c) dans l'activité habituelle
    - d) dans une activité adaptée.
  17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant décrire son évolution et indiquer comment son taux a évolué.
  18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée. Le cas échéant, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel domaine d'activité vous paraît adapté.
  19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  20. Discuter les avis des experts s'étant déjà prononcés, des médecins de l'assuré et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
  21. Formuler un pronostic global.
  22. Toute remarque ou proposition utile des experts.
6. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert-psychiatre de répondre également aux questions suivantes :
- a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  - b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
  - c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?  
Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Veuillez motiver.
  - d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? Veuillez motiver.
  - e) Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
  - f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
-

- 
- g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
- h) Veuillez expliquer pourquoi vous confirmez ou écartez les limitations psychiques énumérées par le Dr B\_\_\_\_\_, soit :
- fatigabilité
  - irritabilité
  - retrait social
  - diminution des facultés d'adaptation
  - diminution des capacités de concentration et de résistance au stress.
- i) L'état psychique de l'assuré s'est-il aggravé ? Si oui, quand, dans quelle mesure et de quelle façon ?
7. Invite les experts de SMEX SA et l'expert urologue à prendre langue avant de se livrer à une **appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité résiduelle de travail.
8. Invite les experts à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires auprès de la Cour de céans.
9. Fixe aux parties un délai **de 10 jours** dès réception de la présente pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation des experts nommés.
10. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le