

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4200/2017

ATAS/177/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 5 mars 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cédric KURTH

Recourant

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant portugais et né en 1971, a travaillé en Suisse depuis 1993 en qualité d'ouvrier agricole puis de chauffeur-livreur. Le 26 octobre 1996, il a subi un accident de la circulation routière, lui provoquant une contusion cervicale. En raison de douleurs persistantes, il a fait l'objet de multiples investigations médicales qui ont abouti aux diagnostics d'un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme d'une fibromyalgie et d'une hernie discale L5-S1 médiane paramédiane droite avec déviation en Z du rachis lombaire. Ces atteintes n'ont pas permis à l'assuré de poursuivre son métier à partir du 13 janvier 1998. Toutefois, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a considéré que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé était raisonnablement exigible à 50 %. Par décision du 1^{er} décembre 1999, il a reconnu à l'assuré une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 1999.
2. Le 25 mai 2000, l'assuré a demandé une révision de son droit à la rente, son état s'étant aggravé. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) pour une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 21 mai 2002, le COMAI a retenu les diagnostics de fibromyalgie, syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de personnalité narcissique à traits paranoïaques. Pour autant que l'assuré pût exercer une activité sans port de lourdes charges, sa capacité de travail était de 50 %. Ce faisant, les experts ont écarté la conclusion purement rhumatologique admettant une capacité de travail de 100 %, au motif que le syndrome douloureux était « bien réel et limitant, associé à une personnalité pathologique ». Les experts ont également retenu que le pronostic était réservé et qu'une aggravation à terme était à craindre.
3. Par décision du 23 septembre 2003, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assuré. Il a confirmé cette décision par décision sur opposition du 13 juillet 2004. La chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre cette décision par arrêt du 14 décembre 2004 (ATAS/1064/2004). Ce jugement a été confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 juin 2006 (cause I 43/05).
4. Par courrier du 16 août 2012, l'assuré a demandé une réévaluation de sa rente. À l'appui de sa demande, il a produit le certificat médical du 16 juillet 2012 du docteur B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant qu'en raison de sa pathologie, l'assuré était inapte à travailler à 100 %. Il a également produit le certificat médical du 9 août 2012 du docteur C_____, généraliste FMH, attestant que les symptômes de l'assuré étaient tels qu'il était inapte à travailler à 100 %.

5. Le 30 août 2012, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le questionnaire pour la révision de la rente. Dans sa lettre d'accompagnement de la même date, il a fait valoir que son état de santé s'était aggravé durant les trois dernières années, ce qui l'avait amené, sur les conseils insistants de ses médecins traitants, à commencer une psychothérapie. Ceux-ci considérant qu'il était totalement incapable de travailler, il requérait une rente d'invalidité entière.
6. Dans son rapport du 20 septembre 2012, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et qu'il y avait un changement de diagnostics dans le sens que l'assuré souffrait d'un état dépressif d'intensité moyenne et d'un syndrome somatoforme douloureux. L'aggravation datait de 2010 et avait nécessité une prise en charge psychiatrique. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Une reprise de travail ne pouvait être envisagée ultérieurement.
7. Dans son rapport du 28 septembre 2012, le Dr B_____ a également attesté une aggravation de l'état depuis plusieurs années. Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné des troubles cognitifs. La capacité de travail était nulle dans n'importe quelle activité. Il n'y avait pas toujours une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement consistait en Tryptizol 50 mg et antalgiques.
8. En mai et juin 2014, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertises médicales de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU). Dans le rapport d'expertise du 8 juillet 2014, l'expert psychiatre, le docteur D_____, a posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'épisode dépressif d'intensité moyenne et de trouble mixte de la personnalité de type narcissique et paranoïaque. Le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse des effets des médicaments, et avait résisté au traitement médical et paramédical qui n'arrivait qu'à freiner une évolution plus rapidement catastrophique et qui avait pu probablement empêcher un passage à l'acte tragique. Le syndrome douloureux s'accompagnait d'une comorbidité lourde composée d'un état dépressif et de troubles sévères de la personnalité qui avaient décompensés suite à l'accident relativement banal en 1996. L'état dépressif était l'expression de la souffrance très retenue de cet assuré dont la personnalité rigide et méfiante l'empêchait de partager cette souffrance avec l'autre. L'assuré avait l'impression de devoir constamment se défendre contre l'autre qu'il voyait toujours prêt à prendre l'avantage sur lui, à le trahir et à lui faire du mal. Le scénario suicidaire violent et extrême de l'assuré était tout à fait typique de ce type de personnalité chez qui le risque de passage à l'acte était très élevé. En raison du caractère fixé depuis de nombreuses années, de la résistance au traitement et de la comorbidité psychiatrique lourde, la capacité ne s'était en tout cas pas améliorée depuis 2002 et était restée au plus à 50 %. Cet

expert a admis qu'il subsistait une capacité de travail résiduelle en raison du soutien dont l'assuré bénéficiait de son réseau social, principalement familial et d'un espoir, ténu, d'une réinsertion pour cet homme encore jeune qui conservait le projet d'améliorer sa situation médicale et socioprofessionnelle. L'expert rhumatologue, le docteur E_____, a émis le diagnostic de syndrome douloureux chronique de l'appareil moteur, d'étiologie indéterminée, touchant l'ensemble du corps. Il n'y avait pas de maladie proprement dite et les douleurs étaient à considérer comme une symptomatologie. Elles n'étaient pas explicables, ce qui ne mettait néanmoins pas en doute l'authenticité des plaintes de l'assuré. Quant à l'experte neuropsychologue, Madame F_____, elle a constaté une diminution du rendement avec fatigabilité, à laquelle s'associaient des signes modérés de fléchissement exécutif. Les ressources mnésiques étaient médiocres. Sur le plan strictement cognitif, elle ne retenait pas une incapacité de travail significative dans la profession antérieurement exercée de serveur (sic). Tout au plus, on pouvait s'attendre à une diminution du rendement de l'ordre de 20 % en raison de la fatigabilité attentionnelle. Le bilan neurologique, effectué par le docteur G_____, n'a pas mis en évidence d'éléments clairement indicateurs d'une pathologie neurologique. En présence d'une pathologie paraissant intéresser l'ensemble du rachis et les quatre extrémités, sans topographie franchement radiculaire ou tronculaire, sans élément en direction d'une atteinte polyneuropathique et d'une atteinte du système nerveux central et compte tenu du résultat des examens pratiqués préalablement, le neurologue a également retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Il n'y avait aucune incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement sur le plan neurologique. Par mesure de prudence, une activité nécessitant un engagement physique particulièrement lourd et le port de charges de plus de 15 kg, était proscrite, étant donné les lésions dégénératives modérées au niveau cervical et la hernie discale lombaire. Dans l'appréciation du cas, les experts ont rapporté que l'assuré déclarait que la situation n'avait fait qu'empirer depuis 2002. Il se plaignait de douleurs localisées dans la paume et le dos des mains, la face antérieure et postérieure des coudes, les trapèzes, la jonction cervico-dorsale, le triangle du trapèze, l'occiput, les chevilles, les pieds, la base des pouces et la face latérale interne et externe des pieds. Au terme de l'entretien de synthèse, les experts n'ont pas retenu une amélioration depuis 2002 et ont considéré que la capacité de travail était toujours de 50 % pour des motifs psychiatriques. Le pronostic était sombre, dès lors que le trouble mixte de la personnalité de type narcissique et paranoïaque ne rendait pas une amélioration vraisemblable. Au contraire, une aggravation à terme était à craindre, l'assuré ressentant en permanence un sentiment d'injustice, notamment en rapport avec la non-reconnaissance de son statut de victime.

9. Dans son avis médical du 18 août 2014, la doctoresse H_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a examiné si le trouble somatoforme douloureux pouvait être considéré comme invalidant à la lumière des critères élaborés par le Tribunal fédéral. Elle a admis que le trouble mixte de la personnalité à type narcissique et paranoïaque constituait une comorbidité psychiatrique grave, son expression se manifestant par une méfiance, une personnalité rigide, une crainte de l'autre et par un scénario suicidaire violent et extrême (se trancher la carotide). Toutefois, l'épisode dépressif moyen devait être considéré comme faisant partie du trouble somatoforme douloureux et n'était ainsi qu'un symptôme d'accompagnement. Le critère du processus maladif sans rémission durable n'était pas rempli, l'assuré ne présentant aucune atteinte à la santé. Il n'y avait pas non plus de perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, l'assuré fonctionnant dans le cadre de la famille, s'occupant de l'administratif du couple, aidant son épouse à faire des courses et surfant sur internet. En l'absence de traitement à effet curatif, on ne pouvait parler d'échec véritable de traitement. Toutefois, le critère de l'état psychique cristallisé était présent au vu du fonctionnement de l'assuré et de son trouble mixte de la personnalité. Cela étant, la Dresse H_____ s'est ralliée à la conclusion des experts, selon lesquels la capacité de travail exigible était toujours de 50 %, l'assuré ayant encore quelques ressources pour mettre à profit sa capacité résiduelle de travail, compte tenu de son jeune âge également. Sur le plan physique, il y avait une limitation pour le port de lourdes charges.
10. Le 12 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de révision, dès lors que son état de santé ne s'était pas aggravé.
11. Par acte du 14 octobre 2014, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a fait grief aux derniers experts mandatés de ne pas s'être prononcés sur le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux. Plusieurs aspects liés à l'évaluation du caractère invalidant de ce trouble n'avaient pas été élucidés, si bien qu'il était nécessaire de compléter l'expertise pluridisciplinaire, principalement son volet psychiatrique. Il appartenait en effet à l'expert psychiatre et non au médecin du SMR de répondre à la question de savoir si la personne concernée disposait encore de ressources psychiques suffisantes pour faire face à ses douleurs et réintégrer le circuit économique.
12. Par courrier du 24 mars 2015, l'OAI a demandé aux experts de la PMU de se prononcer précisément sur la présence des critères élaborés par le Tribunal fédéral pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Dans leur réponse du 5 mai 2015, les docteurs I_____ et D_____ ont confirmé que le syndrome douloureux s'accompagnait d'une comorbidité lourde. Quant au processus maladif s'étendant sur plusieurs années, ils ont relevé que le syndrome

douloureux avait évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse de l'effet des médicaments. Ce syndrome résistait au traitement médical et paramédical, lequel avait freiné tout au plus une évolution encore plus catastrophique et probablement empêché un passage à l'acte tragique. La compliance était correcte. Enfin, les experts ont précisé "... nous avons estimé que la perte d'intégration est relative et c'est sur la base de ce seul critère que nous avons retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % et non pas d'une incapacité de travail totale".

13. Dans son avis médical du 3 août 2015, le docteur J_____ du SMR a estimé qu'au vu de la complexité des atteintes, notamment des troubles de la personnalité, il conviendrait que la réadaptation évalue la compatibilité des atteintes avec un poste sur le marché du travail.
14. Dans son rapport du 29 mars 2016, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, a émis les diagnostics de fibromyalgie, diabète insulino-dépendant et trouble de l'humeur au long cours. La capacité de travail était nulle.
15. Du 6 février au 5 mars 2017, l'assuré a bénéficié d'un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Au terme de la mesure, cet établissement a conclu à ce que l'assuré ne pouvait être réadapté dans le premier marché de travail. Il ne maintenait aucune position de travail durablement. La position assise était maintenue environ trente minutes et la position debout cinq à dix minutes. Les alternances étaient régulières et influençaient significativement toutes les activités. Il y avait aussi des ruptures fréquentes dans le rythme, l'assuré restant assis, se levant pour déambuler dans l'atelier, se rendant aux toilettes ou quittant l'atelier. Les variations de la résistance physique et de l'endurance étaient observables tout au long de la journée avec une péjoration au cours de l'avancée de la mesure. Les capacités d'apprentissage étaient très peu développées et ne permettaient d'aborder que des travaux de base, simples et répétitifs du domaine de l'industrie légère. Il y avait aussi des difficultés d'adaptation à la nouveauté, une polyvalence très restreinte et une fragilité psychique très présente. Les rendements mesurés étaient entre 25 et 45 %. Le maximum de 45 % n'a été obtenu qu'occasionnellement et n'a pas pu être maintenu sur la durée. L'assurée n'était toutefois pas une personne plaintive, même s'il a exprimé ne pas être capable d'assumer une quelconque activité professionnelle, ne serait-ce qu'à temps partiel.
16. Dans son rapport du 27 mars 2017, le docteur L_____ a mentionné notamment que l'assuré était également atteint d'un diabète de type II extrêmement mal équilibré malgré un traitement théoriquement efficace et bien conduit. Il exprimait des idées noires, à teneur suicidaire, et ne bénéficiait actuellement d'aucune prise en charge psychiatrique. Le stage avait montré que l'assuré n'avait aucune capacité

de travail exploitable. Son état psychique et sa conviction d'être invalide rendaient toute mobilisation très difficile. Le pronostic professionnel était désastreux après vingt ans d'interruption d'activité et il n'y avait aucun élément pouvant espérer une amélioration clinique.

17. Dans son avis médical du 6 septembre 2017, le docteur M_____ du SMR a considéré que la Dresse K_____ ne fournissait aucun élément médical en faveur d'une aggravation éventuelle de l'état psychique. Par ailleurs, au vu du rapport de stage des EPI, on ne retrouvait aucun élément médical nouveau n'ayant pas été intégré dans l'évaluation précédente du SMR, si bien qu'il fallait considérer que la capacité de travail était toujours de 50 % dans toute activité respectant strictement toutes les limitations retenues.
18. Dans sa décision du 14 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de révision, estimant que l'état de santé du recourant ne s'était pas détérioré.
19. Par acte du 18 octobre 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, sous suite de dépens. Il a relevé qu'il fallait également tenir compte de la lourde médication prescrite depuis son suivi psychiatrique et la découverte de son diabète en 2010 qui induisait des effets secondaires, notamment une grande fatigue. Par ailleurs, la Dresse K_____ avait conclu à une incapacité de travail de 100 %. Cela ressortait également du rapport des EPI. A cet égard, le recourant a mis en exergue que les constats objectifs réalisés lors d'un stage d'observation professionnelle en 1999 avaient démontré de bonnes aptitudes physiques. A l'époque, le rapport COPAI (Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité) avait conclu qu'il pouvait travailler comme opérateur sur presse, monteur à l'établi, opérateur de contrôle sur chaîne de production. Dix-huit ans plus tard, les résultats du stage d'observation étaient diamétralement opposés. Quant au rapport d'expertise de la PMU, il n'avait pas de valeur probante. En effet, les experts avaient admis sur la base d'un seul critère, à savoir l'absence de perte de l'intégration dans tous les domaines, que la capacité de travail résiduelle était de 50% et non pas nulle. Or, les EPI avaient évalué la capacité d'intégration sociale comme étant très faible et non compatible avec un emploi dans le circuit économique normal. Le Dr D_____ a également relevé que le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement et que la comorbidité était lourde. Au demeurant, les experts n'ont pas répondu à la question de savoir si l'état de santé s'était péjoré, se contentant de répondre que la capacité de travail ne s'était pas améliorée. Le Dr D_____ a par ailleurs estimé que la capacité de travail était « au plus » et « dans le meilleur des cas » de 50 %. Cela dénotait d'une orientation voire partialité non admissible. Enfin, l'expertise pluridisciplinaire était contestée

par ses médecins traitants qui considéraient que sa capacité de travail était nulle. De surcroît, le SMR avait retenu le 3 août 2015, que l'atteinte à la santé se péjorait et que le pronostic était sombre et allait se détériorer. En raison de la complexité des atteintes, ils avaient sollicité une évaluation de la compatibilité des atteintes avec un poste sur le marché du travail. Or, il s'est avéré que ses atteintes étaient précisément incompatibles avec ce marché. Partant, l'avis du SMR du 6 septembre 2017 était en flagrante contradiction avec l'avis précédent. Il était en outre faux qu'aucun élément nouveau n'avait été apporté par la Dresse K_____, dès lors que le recourant souffrait désormais également d'un diabète. L'expertise du 8 juillet 2014 mentionnait en outre que le recourant pouvait travailler dans le métier de serveur, puis que l'activité de chauffeur-livreur était un emploi adapté. Une telle méconnaissance de la réalité et l'attribution fantaisiste de professions irréalistes relevait de l'arbitraire. Le recourant a enfin relevé qu'il avait été une personne volontaire et endurente avant l'accident qui avait brisé sa vie. Aujourd'hui, il ne pouvait toutefois qu'être constaté qu'il ne disposait plus de suffisamment ressources psychiques pour faire face à ses douleurs et réintégrer le circuit économique.

20. A l'appui de son recours, le recourant a annexé le certificat médical du 12 octobre 2017 de la Dresse K_____, attestant qu'elle le suivait depuis le 20 février 2017 dans le cadre d'un diabète de type II, lequel s'était installé depuis environ 2011. Cette affection venait s'ajouter à des difficultés dues aux deux hernies discales lombaires et à une situation psychosomatique délicate. Le diabète était actuellement traité par trois injections et deux médications orales avec un contrôle de la situation diabétique plutôt médiocre. Selon ce médecin, l'état de santé du recourant s'est dégradé depuis 2012 si bien que la rente d'invalidité partielle devait être réévaluée.
21. Dans sa réponse du 15 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base de l'expertise de la PMU. Les conclusions du stage effectué chez PRO (recte EPI) n'y changeaient rien. Même s'il avait été constaté que le recourant ne serait pas à même d'être réintégré sur le marché primaire de l'emploi, rien ne permettait de penser que tel n'était pas le cas antérieurement. Il y avait en outre tout lieu de penser que le déconditionnement dû à l'inactivité professionnelle depuis plus de vingt ans n'était pas étranger aux constatations de PRO (recte EPI). Enfin, la Dresse K_____ n'amenait pas d'éléments médicaux nouveaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans l'expertise réalisée à la PMU.
22. Le 20 décembre 2017, la Dresse K_____ a répondu à une demande de renseignement de la chambre de céans. Elle a attesté que le contrôle de la situation diabétique était plus que médiocre. Ce mauvais contrôle de la situation survenait dans un contexte de traitement maximal du diabète, comprenant de l'insuline et la plupart des médicaments oraux utilisés pour le diabète de type II. En raison des

difficultés techniques pour les injections, le recourant avait été suivi à l'unité d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques fin 2015 et en mars 2016. Un manque de collaboration du recourant ne pouvait être prouvé. Il était toutefois clair que le recourant, peu scolarisé et imparfaitement francophone, avait quelques difficultés à gérer le traitement et ne pouvait certainement pas adapter les doses d'insuline selon les glycémies mesurées. Une prise en charge psychiatrique permettrait une meilleure prise en charge également de sa maladie métabolique chronique. Quant aux limitations fonctionnelles, le diabète en provoquait. On constatait en outre un œdème des extrémités et des raideurs au niveau des poignets. Il n'existait cependant pas de test prouvant formellement une telle atteinte. Par ailleurs, on assistait déjà une neuropathie diabétique (atteinte sensitivo-motrice affectant les extrémités) et à une rétinopathie diabétique (atteinte des micro-vaisseaux de la rétine). Enfin, il était difficile de chiffrer l'incapacité de travail due au diabète uniquement, dès lors qu'en l'absence des autres comorbidités physiques et psychiatriques, il y aurait eu une meilleure tenue du diabète et donc pas de complications après seulement sept ans d'évolution.

23. Dans sa réplique du 21 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions, en mettant en exergue que son état de santé s'était réellement péjoré, notamment par l'apparition d'un diabète invalidant par lui-même, ainsi qu'en raison des effets secondaires de la lourde médication supplémentaire qui lui était désormais nécessaire. Au demeurant, l'expertise de la PMU a également constaté que le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse de l'effet des médicaments. Le recourant a en outre rappelé qu'un précédent stage d'observation ordonné en 1999 avait conclu à une capacité de travail de 50 %. Ainsi, le nouveau stage chez PRO (recte EPI) attestait également d'une aggravation. Les rapports d'observation professionnelle démontraient que le recourant avait antérieurement une capacité de travail de 50 % dans plusieurs activités professionnelles concrètes, alors qu'aujourd'hui il était totalement inapte au travail tant en raison de ses limitations physiques et au niveau de l'adaptation de l'apprentissage que de ses difficultés d'intégration sociale. L'intimé était par ailleurs mal venu de lui reprocher une dégradation de son état de santé en raison du déconditionnement, dans la mesure où il ne l'avait pas aidé pour retrouver un emploi.
24. A l'appui de sa réplique, le recourant a annexé le courrier du 22 novembre 2017 de la doctresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, au docteur O_____. Le recourant présentait des douleurs chroniques généralisées, sans signe d'inflammation, lesquelles s'inscrivaient probablement dans le contexte d'un état anxieux dépressif et d'un syndrome métabolique avec en particulier un diabète de type II insulino-dépendant mal équilibré. Elle proposait au recourant de

reprendre une activité physique régulière sous supervision d'un maître de sport et la reprise d'un suivi psychiatrique.

25. Par courrier du 29 janvier 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au docteur P_____. Elle leur a également communiqué les questions à l'expert.
26. Dans son avis médical du 8 février 2018, le Dr M_____ du SMR ne s'est pas opposé ni à la mise en place d'une expertise ni au choix de l'expert. Par écriture du 15 février 2018, l'intimé a fait sien cet avis.
27. Par écriture du 19 février 2018, le recourant a accepté également le choix de l'expert et sa mission. Il a en outre proposé de compléter la mission de l'expert par des questions supplémentaires.

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. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, 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.

3. 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 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 soins, 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. À 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).

4. 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 doivent être attribués 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.
5. Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C_841/2016, 8C_130/2017), le Tribunal fédéral a en outre modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve

d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

6. En l'occurrence, la chambre de céans estime que l'expertise de la PMU n'est pas convaincante. En effet, à lire les conclusions de cette expertise, l'impression se dégage que les experts ont interprété leur mission dans le sens de la constatation d'une amélioration de l'état de santé et non pas d'une aggravation, voire de la détermination objective de la capacité de travail. Leur remarque, dans leur rapport complémentaire du 5 mai 2015, selon laquelle ils avaient uniquement retenu une capacité de travail de 50 %, et non pas nulle, sur la base de l'absence d'une perte d'intégration totale, est troublante. Cette appréciation semble reposer sur une interprétation erronée de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral concernant le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. De surcroît, cette jurisprudence a changé dans l'intervalle. Les experts n'ont pas tenu compte d'une comorbidité importante, à savoir le diabète insulino-dépendant mal équilibré. Enfin, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

Cela étant, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire paraît indispensable.

7. Celle-ci sera confiée au Dr P_____.

8. Quant à la mission de l'expert, la chambre de céans complètera la septième question dans le sens voulu par le recourant. Elle ajoutera par ailleurs la question 18 suggérée par celui-ci. Quant aux autres questions proposées, elles sont déjà contenues dans celles communiquées aux parties ou devraient trouver leur réponse dans l'anamnèse.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr P_____.
- 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 diagnostics posez-vous, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue ?
 2. Quelles limitations fonctionnelles provoquent ces atteintes psychiatriques, sans tenir compte d'un éventuel trouble somatoforme douloureux diagnostiqué ?
 3. Les nombreux médicaments ingérés par le recourant ont-ils des effets secondaires influant sur son psychisme et sa capacité de travail ?
 4. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé dans une activité légère, en tenant compte des atteintes psychiatriques, sans l'éventuel trouble somatoforme douloureux persistant ?
 5. Les atteintes psychiatriques et le trouble somatoforme douloureux se sont-ils aggravés depuis septembre 2003 et de quelle manière ?

6. Y a-t-il une bonne concordance entre les limitations fonctionnelles constatées sur le plan psychiatrique et cognitif dans le rapport des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 30 mars 2017 ?
7. Y a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?
8. Y a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique et psychosomatique ?
9. La gravité du trouble somatoforme douloureux est-elle rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse ?
10. Quel est le contexte social (quotidien et environnement de l'expertisé) ?
11. Y a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ?
12. Quel est le traitement sur le plan psychiatrique ? D'autres mesures thérapeutiques complémentaires sont-elles cas échéant recommandées ?
13. Quelle est la compliance ?
14. L'expertisé a-t-il les ressources suffisantes pour surmonter les manifestations du trouble somatoforme douloureux persistant, compte tenu notamment de son environnement social, des comorbidités physiques et psychiques et de la structure de sa personnalité ? Cas échéant, pour quelles raisons estimez-vous que ses ressources sont insuffisantes ?
15. Indépendamment des autres atteintes psychiatriques retenues, dans quelle mesure (en pourcent) doit-il être admis, en fonction des indicateurs du Tribunal fédéral susmentionnés, que le trouble somatoforme douloureux persistant diminue la capacité de travail dans une activité adaptée légère ?
16. Quelle est la capacité de travail globale de l'expertisé en tenant compte de toutes les atteintes psychiatriques, y compris le trouble somatoforme douloureux persistant ?
17. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Centre d'expertises médicales de la PMU du 8 juillet 2014 et son

complément du 5 mai 2015 ? Cas échéant, pourquoi vous en écarter-vous pour l'appréciation de la capacité de travail ?

18. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr P_____ 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 par le greffe le