

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4200/2017

ATAS/972/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 25 octobre 2018**

**5<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> décembre 1999, il a reconnu à l'assuré une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> 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, de 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 figé 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 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 médicaments oraux avec un contrôle de la situation diabétique plutôt médiocre. Selon ce médecin, l'état de santé du recourant s'était 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 docteure 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 ordonnance du 5 mars 2018, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique et l'a confiée au docteur P\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH.
26. Dans son rapport du 21 juin 2018, l'expert a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte. À cela s'ajoutait une accentuation de certains traits de personnalité, n'atteignant probablement pas le seuil critique d'un véritable trouble de la personnalité. Les limitations étaient liées au comportement dysfonctionnel dû à la personnalité de l'expertisé. Elles consistaient en manque de souplesse adaptative, attentes irréalistes, méfiance et difficulté à se mettre à la place des autres. Ces limitations étaient en relation avec le syndrome douloureux par mauvaise assimilation de l'accident du 26 octobre 1996. Il était probable que la prescription de substances fortement sédatives (Tramadol, opiacé, amitriptyline, antidépresseur à visée antalgique, très sédatif également) contribuait à la sensation de fatigue et donc aussi à l'incapacité de travail. Il n'était certainement pas exigible de les arrêter, au risque d'exacerbation des douleurs et d'un syndrome de sevrage. La capacité de travail était de 50% compte tenu des facteurs de personnalité et du trouble somatoforme douloureux, lesquels étaient très intriqués. L'appréciation de la capacité de travail ne prenait pas en compte le diabète, cette maladie ne relevant de la compétence de l'expert. Il n'y avait toutefois pas d'évidence que le traitement du diabète fût entravé par des troubles cognitifs ou motivationnels dus à l'état psychique. Les atteintes psychiatriques et le trouble somatoforme douloureux ne s'étaient en outre pas aggravés depuis 1998. Dès le départ, il existait un écart considérable entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, dont une partie au moins était due aux erreurs de perception et d'auto-perception liées à la personnalité du recourant. Quant aux traitements conformes aux règles de l'art, ils avaient échoué. La gravité du trouble somatoforme douloureux était rendu plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse, notamment une perturbation au niveau de la personnalité. Sur le plan psychiatrique, aucun traitement aurait des chances de modifier la situation de l'expertisé, celui-ci n'étant pas en état d'en bénéficier, n'étant pas conscient du problème psychique, ni par conséquent motivé pour le traiter. La compliance était bonne. Quant aux ressources de l'assuré pour surmonter les manifestations du trouble somatoforme douloureux persistant, elles étaient partiellement diminuées par la problématique de la personnalité. L'expert partageait par ailleurs les conclusions de l'expertise du Centre d'expertise médicale de la PMU du 8 juillet 2014 et de son complément du 5 mai 2015, sauf en ce qui concerne la gravité du trouble de l'humeur et de la personnalité.

27. Par écriture du 17 juin 2018, le recourant s'est déterminé sur l'expertise judiciaire et a conclu à l'annulation de celle-ci, à la nomination d'un autre expert psychiatre et à une expertise complémentaire, afin d'évaluer l'incidence sur la capacité de travail de son diabète et de l'augmentation des prescriptions médicamenteuses. Le recourant a mis en doute les compétences de l'expert judiciaire, celui-ci étant aujourd'hui à la retraite, si bien qu'il n'était plus soumis aux obligations de formation continue et de réévaluation des connaissances. Il a par ailleurs relevé certaines imprécisions et erreurs figurant dans l'expertise concernant ses déclarations et a reproché à l'expert judiciaire d'avoir déformé les conclusions des EPI sur les possibilités de réadaptation. Quant au tableau clinique, s'il était vrai que l'objet des plaintes était le même, leur intensité avait augmenté avec une influence négative sur la capacité résiduelle de travail. Le recourant a aussi reproché à l'expert de ne pas s'être déterminé en termes d'augmentation de l'intensité des symptômes retenus sur vingt ans et de leur répercussion sur la capacité de travail, et d'avoir prononcé le terme de « sinistrose », diagnostic qui était décrié aujourd'hui et abandonné par la psychiatrie américaine. Quant au syndrome dépressif, il a été évalué alors même que le recourant était sous l'effet d'un antidépresseur à visée antalgique très sédatif. Les médications avaient précisément l'effet de dissiper ces symptômes. Ainsi, l'efficacité des sédatifs expliquait pourquoi l'expert n'avait constaté aucune tristesse visible, ni fatigue perceptible, ni intolérance à la frustration, ni agressivité. Cela était en contradiction avec les déclarations de l'expert qui faisait état tout au long de son expertise de l'intolérance à la frustration et des sentiments d'agressivité du recourant envers lui-même et tout tiers qui l'importunait. Au demeurant, l'ensemble des médecins traitants avait constaté son état dépressif avec des idées morbides. Il était également léger de faire abstraction des symptômes potentiellement dépressifs admis, tels que la baisse chronique de l'humeur, la fatigue chronique, les troubles cognitifs, du sommeil et anxieux, du fait qu'il n'y présentait pas d'altération ou abolition de la libido. L'expert judiciaire devrait en outre être en mesure de comprendre que le recourant avait simplement esquivé l'unique question au sujet de sa sexualité en déclarant que tout allait bien à ce propos. Ainsi, il n'était pas démontré dans les faits que la libido était intacte et ce facteur ne pouvait être retenu aux fins d'invalider les symptômes subjectifs de la dépression. Le recourant s'étonnait aussi que, selon l'expert, il n'y avait pas de symptômes objectifs pour un trouble de l'humeur, alors même qu'il le décrivait comme isolé, présentant un repli social important et dépourvu de joie de vivre. Il était en au demeurant choquant de retenir que les idées suicidaires verbalisées n'avaient pas un caractère vraiment dépressif, étant formulées au conditionnel (« si la rente complète ne m'est pas accordée »). Le recourant a ainsi formellement contesté que le trouble anxieux et dépressif n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Il s'est étonné aussi que l'expert estimât qu'un taux de capacité de

travail de 50% constituait « un compromis raisonnable entre la perception subjective de l'expertisé et les données objectives », sa mission étant de déterminer si l'aggravation de l'état de santé était fondé scientifiquement. L'expert a admis à cet égard qu'une capacité de travail de 50% n'était pas réalisable dans les faits, en mentionnant qu'« en cas de reprise d'activité, on doit admettre qu'elles [limitations fonctionnelles relationnelles] deviendraient plus criantes ». Or, le mandat de l'expert consistait précisément à établir si une capacité de travail était réellement réalisable. Quant à l'aggravation de l'état de santé suite au diabète, l'expert a déclaré ne pas pouvoir se prononcer sur ce point. Ainsi, le taux résiduel de capacité de travail retenu par l'expert ne tenait pas compte de l'évaluation de la gravité des répercussions fonctionnelles supplémentaires induites par le diabète. Il y avait ainsi lieu de compléter l'instruction par une expertise complémentaire ou, à défaut, de retenir un taux de répercussion fonctionnelle de 50% supplémentaire, aboutissant à une incapacité de travail totale. L'expert n'avait pas non plus quantifié les effets des médicaments antidouleurs et antidépressifs, même s'il avait admis que cette médication contribuait à la fatigue, ni tenu compte de la prescription de la lourde médication et sa répercussion sur la capacité de travail.

28. Dans son avis médical du 6 juillet 2018, le docteur M\_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé sur l'expertise judiciaire et s'y est rallié.
29. Par écriture du 17 juillet 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
30. Le 3 août 2018, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il a reproché au médecin du SMR d'avoir occulté sciemment son diabète et l'impact des lourdes médications relatives au traitement de cette affection et au trouble somatoforme douloureux. L'expert judiciaire n'avait cité aucune activité de travail respectant les limitations fonctionnelles physiques, déclarant au contraire qu'il était peu probable que le recourant revînt dans la vie active. Partant, le recourant a contesté l'avis médical du médecin du SMR. Il a enfin annexé à son courrier dix factures de Migrator Voyages SA, attestant qu'il se rendait en avion dans son pays natal et non pas en voiture comme l'expert l'avait retenu par erreur.
31. Entendu par la chambre de céans le 13 septembre 2018, le recourant a déclaré ce qui suit :

« Selon mon médecin traitant, le diabète est très mal contrôlé en raison du stress permanent dans lequel je vis.

Je fais vraiment tout pour maîtriser le diabète. J'ai maigri, je fais attention à ce que je mange et je fais les injections et prends les médicaments prescrits, comme on me l'a appris. Si néanmoins le diabète n'est pas contrôlé, ce n'est pas de ma faute.

J'aimerais relever aussi que je prends des antidouleurs très puissants, sans lesquels je ne pourrais même pas sortir de la maison. Ces médicaments ont un fort effet sédatif. Le Dr P\_\_\_\_\_ n'en n'a pas tenu compte. »

32. Par courriers du 25 septembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire en matière de médecine interne, afin d'évaluer la répercussion du diabète et de la lourde médication sur la capacité de travail, et de la confier au docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales à Sierre. Elle leur a également communiqué le questionnaire soumis à l'expert.
33. Dans son avis médical du 3 octobre 2018, la doctoresse R\_\_\_\_\_ du SMR a accepté le choix de l'expert et sa mission, tout en précisant qu'il ne lui paraissait pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise.
34. Le 8 octobre 2018, la Dresse K\_\_\_\_\_ a certifié que le diabète du recourant avait toujours été très labile et difficile à équilibrer. Cette maladie entraînait des difficultés au quotidien et des complications diabétiques apparaissaient rapidement. Le diabète avait aggravé la situation physique et psychologique du recourant. Cette maladie métabolique chronique entraînait des limitations fonctionnelles au niveau des extrémités (poignets et pieds) et une rétinopathie diabétique. Au vu de la vitesse d'installation du diabète, l'invalidité du recourant sera prochainement totale. Toutefois, ce médecin laissait le soin au médecin expert de l'assurance-invalidité de chiffrer avec exactitude le pourcentage de cette incapacité de travail.
35. Par écriture du 17 octobre 2018, le recourant a accepté le choix de l'expert et a suggéré de compléter sa mission par des questions supplémentaires.
36. Le 17 octobre 2018, l'intimé s'est rallié à l'avis médical du SMR précité.

### **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. En l'occurrence, l'expert judiciaire n'a pas pris en considération l'incidence du diabète sur la capacité de travail, ni les effets secondaires de la médication antalgique très sédatrice (Tramadol, Amitriptyline). Toutefois, il a considéré qu'a priori, le traitement anti-diabète n'était pas entravé par des troubles cognitifs ou motivationnels dus à l'état psychique. En outre, il n'était pas exigible d'interrompre la médication antalgique, en raison du risque d'exacerbation des douleurs et d'un syndrome de sevrage des opiacés.

Cela étant, la chambre de céans juge nécessaire de faire évaluer également l'effet du diabète et de la médication antalgique sur la capacité de travail.

3. Cette expertise sera confiée au Dr Q\_\_\_\_\_, dont le choix a d'ores et déjà été accepté par les parties.
4. Quant à sa mission, le recourant souhaite qu'elle soit complétée. La chambre de céans en tiendra compte.

Toutefois, en ce qui concerne la nouvelle question 9bis suggérée, il sied de relever qu'il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

S'agissant de la question des « aménagements nécessaires », la réponse à cette question découle en principe de celle donnée aux questions 2 et 3 communiquées aux parties au sujet des limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne la nouvelle question 9ter proposée par le recourant, la chambre de céans n'estime pas nécessaire de la poser. En effet, en principe, un expert devrait tenir compte des limitations fonctionnelles précisément dans l'exercice d'une activité lucrative.

Quant à la nouvelle question 12 suggérée, il n'appartient pas à un expert spécialiste en médecine interne et en rhumatologie de se prononcer sur l'influence d'une atteinte somatique sur l'état psychique. Cela devait avoir été pris en considération par le Dr P\_\_\_\_\_.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr Q\_\_\_\_\_.
- 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. Quelle est la médication prescrite à l'expertisé, notamment la médication antalgique ?
    2. Quelles sont les effets secondaires de cette médication ? Le cumul des différents médicaments prescrits amplifie-t-il les effets secondaires et, si oui, de quelle façon ?
    3. Une telle médication permet-elle de travailler à 50 % ? Cas échéant, quelle est la capacité de travail respectivement le rendement de l'expertisé en tenant compte de l'ensemble des médicaments prescrites ?
    4. Les effets secondaire des médicaments, notamment antalgiques, engendre-t-ils une incapacité de travail ou une diminution de rendement supplémentaire par rapport à la diminution de la capacité de travail de 50 %, retenue par les experts en raison du syndrome somatoforme douloureux persistant et du trouble anxieux et dépressif mixte ? Si oui, de quel pourcentage ?
    5. Quelle est la gravité du diabète et quelle complication a-t-il d'ores et déjà provoqué ?
    6. Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expertisé contrôle-t-il de façon satisfaisante sa glycémie ? En dehors de la mauvaise stabilisation du diabète, quels sont éventuellement les indices pour une mauvaise compliance ?
    7. Au degré de la vraisemblance prépondérante, doit-il être admis que le mauvais contrôle du diabète est dû au stress psychique que vit le recourant?

8. Quelles sont les limitations fonctionnelles consécutives au diabète en l'occurrence ?
9. L'expertisé subit-il une incapacité supplémentaire en raison du diabète, par rapport à l'incapacité de travail de 50 % admise par les experts en raison du trouble somatoforme douloureux persistant et du trouble anxieux et dépressif mixte ?
10. En prenant en compte les effets secondaires de la médication prescrite, les limitations fonctionnelles induites par le diabète et l'incapacité de travail de 50 % en raison du trouble somatoforme douloureux persistant et du trouble anxieux et dépressif mixte, quelle est la capacité de travail globale de l'expertisé ?
11. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr Q\_\_\_\_\_ 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