

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4443/2008

ATAS/1030/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 24 août 2009

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à Châtelaine, représenté par le
CENTRE SOCIAL PROTESTANT, Madame Frédérique
BOUTHEON

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant.

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après le recourant), né en 1967, de nationalité albanaise, marié et père de trois enfants, est arrivé à Genève en provenance du Kosovo à l'âge de 18 ans. Il n'a aucune formation professionnelle.
2. Dès son arrivée et pendant deux ans, il a travaillé en qualité d'ouvrier en ventilation-climatisation à Genève. Il a ensuite travaillé à Orbe pendant trois ans en qualité de ferrailleur en bâtiment, responsable d'une petite équipe. De septembre 1993 à septembre 1995, il a exercé la profession de chauffeur-livreur auprès de X_____. Il a été inscrit à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI en 1993 puis dès le 1^{er} novembre 1995. Dès cette date, il n'a plus occupé de poste fixe, mais il a bénéficié d'une occupation temporaire d'un an comme huissier chez Y_____, puis de six mois au sein du groupe d'accueil et de service à la clientèle de Z_____. Il ne travaille plus depuis le mois de mai 2000 et son délai-cadre du chômage a pris fin en novembre 2000.
3. En date du 12 décembre 2000, le recourant a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI). Il se plaint de douleurs au dos, de maux de tête et d'estomac, de vertiges, de fourmis dans les bras et le bas ventre. Il dit ne pas pouvoir rester assis plus d'un quart d'heure et debout plus d'une demi-heure.
4. Le Dr L_____, médecin traitant du recourant depuis juin 1992, a attesté une incapacité de travail totale chez l'assuré depuis le 22 janvier 2001. Il a diagnostiqué dans son rapport du 30 mars 2001 une rhinite chronique à composante allergique (poussière, moisissure, chien et chat) depuis 1992, des lombalgies sur ancienne maladie de Scheuermann depuis 1993 et un status après cure de hernie inguinale droite depuis 1992, avec séquelles sous forme de douleurs au pli inguinal droit au moindre frottement et irradiation dans la cuisse droite. Le recourant peine à marcher plus de 400 à 500 mètres. Il a prescrit une physiothérapie pour les douleurs lombaires et un traitement antiallergique avec cure de désensibilisation. Son pronostic était bon si une réadaptation professionnelle était possible. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer un travail sans port de charges lourdes ni poussière huit heures par jour, sans diminution de rendement. Dans ses certificats antérieurs des 8 janvier 1999 et 7 décembre 2000, ce médecin n'avait pas attesté d'incapacité de travail pour le recourant, mais une impossibilité de faire un travail trop lourd ou dans un environnement poussiéreux.
5. Le 24 août 2001, le Dr M_____, radiologue, a procédé à un scanner lombaire sur le recourant, jugé normal. Il ne note pas d'hernie discale L3-L4, L4-L5 et L5-S1, mais uniquement un calibre canalaire lombaire à la limite inférieure de la norme

au niveau L3-L4, pouvant éventuellement expliquer une cruralgie droite irritative, sans toutefois d'œdème radiculaire.

6. Interpellé par l'OCAI, le Dr N_____, neurochirugien, a estimé, selon lettre du 19 septembre 2001, que le recourant pouvait exercer une activité sédentaire à 100%. Un travail d'accueil coursier n'était à son avis cependant pas possible. Il a joint à ce courrier les résultats de l'examen clinique qu'il avait pratiqué le 11 septembre 2001, lesquels font ressortir que l'assuré est quasi inexaminable, avec peut-être un syndrome vertébral, sans signe de compression radiculaire, aucun déficit moteur, un déficit sensitif global au niveau du bas ventre des deux côtés, les réflexes restant vifs et symétriques. Ce médecin évoque la possibilité d'une sinistrose. A ce courrier sont annexés différents documents en lien avec l'opération de l'hernie inguinale en 1992.
7. Le Dr O_____, médecin-conseil de l'OCAI, a précisé, dans une note du 28 septembre 2001, que malgré la discopathie lombaire, le recourant a travaillé normalement et que cette discopathie n'a pas pu se modifier depuis car l'assuré ne travaille plus depuis en certain temps.
8. Aux termes du rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 13 novembre 2001, l'Office a décidé de soumettre l'assuré à un stage COPAI au CENTRE D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE (CIP).
9. Le stage a été fixé du 4 au 31 mars 2002. Toutefois, l'assuré, qui s'est présenté le 4 mars au CIP, a quitté les lieux en fin de matinée car il ne se sentait pas bien. Il a présenté un certificat médical de son médecin traitant attestant d'une incapacité de travail totale dès cette date.

L'OCAI a dès lors décidé d'annuler le stage et a mis un terme à la mesure.

10. Dans son rapport 8 mai 2002, le médecin traitant a constaté une aggravation de l'état de santé du recourant et un changement de diagnostic, en ce que seul l'ulcère duodéal a une influence sur la capacité de travail de son patient, dans une mesure de 100% dès le 4 mars 2002. Il a considéré que le recourant était en incapacité de travail totale, tant dans le poste occupé auparavant que dans une autre activité adaptée, mais il a envisagé une possible reprise du travail de son patient dans les trois ou quatre mois. Il n'a pas estimé qu'une prise en charge psychiatrique était nécessaire. Il a toutefois considéré qu'un examen médical complémentaire était lui nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
11. La division de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé, en date du 23 mai 2002, a décidé de clôturer son mandat de réadaptation, compte tenu de l'interruption du stage COPAI et de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Elle retient, sous diagnostic, une possible sinistrose et relève que le médecin traitant,

lors d'un entretien téléphonique, lui a confirmé une aggravation de l'état de santé de son patient en raison de la découverte d'un ulcère duodéal et une gastrite à *helicobacter pylori*.

12. Dans un rapport du 15 juin 2002, le médecin traitant a constaté une amélioration de l'état de santé du recourant sous traitement de supramox, klacid et antra, pour les problèmes gastriques. Il a préconisé la poursuite du traitement à l'antra, avec un bon pronostic, et envisagé une reprise du travail du recourant à 100% dans les deux à trois mois.

Aucun certificat médical n'est produit après cette date.

13. Dans un avis du 24 février 2003, le Dr P _____ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a considéré que les limitations fonctionnelles somatiques du recourant semblaient claires, compte tenu de l'avis du médecin traitant concernant une capacité de travail de 100 % dans une activité sédentaire. Dans cette mesure, les activités exercées par l'assuré dans le cadre de l'assurance-chômage devaient pouvoir être exercées à plein temps. S'agissant du diagnostic de sinistrose, il lui a paru indispensable de requérir une expertise psychiatrique confiée au Dr Q _____.

14. Cet expert psychiatre du CENTRE MEDICAL DE PSYCHOTHERAPIE COGNITIVE (ci-après CMRC) a établi, à la demande de l'OCAI, un rapport d'expertise psychiatrique en date du 21 novembre 2003. Le patient mentionnait des cruralgies à droite avec irradiation dans le pénis et les testicules, des lombalgies et cervicalgies, des céphalées atypiques et des picotements au niveau nasal, de même que des plaintes digestives dont des épigastralgies chroniques. Ces douleurs affecteraient son moral. Il se plaignait d'importants troubles du sommeil en lien avec les lombalgies, ce qui l'amenait à rester au lit jusqu'à 13h. Il serait également plus irritable, ce qui l'obligeait à sortir de chez lui, parfois toute la journée, pour "passer ses nerfs". Selon l'expert, les plaintes algiques étaient mal systématisables et très atypiques, n'avaient visiblement aucune signification tant dans leur distribution que dans leur caractère intrinsèque d'ordre anatomo-physiologique. Elles semblaient plus apparentes que réelles, variant au cours du temps, disparaissant par instant ou réapparaissant à d'autres endroits, si l'on surprenait l'attention du patient ou si l'on agissait sur sa suggestibilité. Le discours paraissait à l'expert souvent très inauthentique et le flou dans les propos semblait répondre à un but utilitaire. Bien que le patient se décrivît comme un grand "invalidé", il ne paraissait pas algique, pouvant rester assis pendant tout l'entretien, à l'exception d'une sortie aux toilettes liée à la mention d'une douleur, se déplacer, écrire de la main droite, enlever sa veste, son pull, se rhabiller sans aucune difficulté apparente. Enfin, les plaintes psychiques ne remplissaient pas les critères pour un état dépressif majeur ou un trouble anxieux spécifique : pas d'éléments clairs pour des épisodes de panique, une anxiété généralisée, des phobies simples, claustro-

agoraphobie, de phobie sociale, de sang, de troubles obsessionnels compulsifs, ni arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique. Pendant l'entretien, le recourant n'exprimait ni abattement ni appréhension et ne pleurait à aucun moment. L'expert a mis en évidence une absence d'antécédents de maltraitance, de troubles psychologiques de l'enfance ou de l'adolescence, ou d'un terrain de vulnérabilité constitutionnelle. Les rapports médicaux ne laissaient apparaître aucun trouble psychologique significatif et le patient n'avait jamais bénéficié d'un traitement antidépresseur léger. En ce qui concernait un trouble somatoforme douloureux, l'expert a relevé que les plaintes somatopsychiques ne se greffaient pas sur une histoire particulièrement douloureuse ou une morbidité psychiatrique majeure. Il ne semblait pas y avoir de désinsertion de l'environnement familial ou social. L'assuré avait ainsi de bons et fréquents contacts avec un jeune cousin, qui l'aiderait à effectuer des démarches administratives. L'ensemble paraissait plus compatible avec une sinistrose, voire une simulation consciente. L'expert n'a préconisé aucune mesure médicale, éventuellement un antidépresseur léger pour une amélioration de la qualité de vie du recourant. Il a conseillé d'éviter la multiplication des investigations ou des gestes chirurgicaux, sous peine de pérenniser le rôle de malade, créant un risque d'iatrogénéisation majeur. S'agissant de l'activité exercée jusqu'alors, l'expert a constaté qu'elle était exigible d'un point de vue psychiatrique, avec une limitation de moins de 20%, une capacité résiduelle de travail de plus de 80 % dans toute activité adaptée. La diminution de rendement représentait un maximum de 20%, depuis décembre 2000. L'état du recourant a été jugé objectivement stationnaire. Avec de la motivation, le recourant pourrait s'adapter à son univers professionnel, selon l'expert, qui ne prônait aucune mesure de réadaptation professionnelles vu l'absence de demande motivée de l'intéressé en ce sens ni aucun traitement psychiatrique. Selon lui, toute autre activité était possible si elle était compatible avec la volonté du recourant, sa motivation et ses compétences, sans diminution de rendement et en étant exercée à plus de 80%.

15. Par décision du 17 août 2004, l'OCAI a considéré que l'activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible de l'assuré et a estimé qu'une activité adaptée, par exemple en qualité d'ouvrier dans la production industrielle légère, pouvait être exercée par lui. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité a été fixé à 13 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité. L'OCAI a ainsi rejeté la demande de l'assuré.
16. Par acte du 10 mars 2006, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision attaquée, à la réouverture de l'instruction et la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un centre type COMAI ou au Centre de la douleur ou à tout autre médecin fondé à se prononcer sur l'ensemble de ses problèmes somatiques, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a allégué que ses troubles "connus" étaient bien réels, sans mentionner une aggravation de son état. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du 21 novembre 2003, relevé que l'interruption du stage COPAI était due à un

problème de santé attesté par certificat médical, de sorte que cet événement ne pouvait être retenu en sa défaveur.

17. Par arrêt du 3 juillet 2006 (ATAS/629/2006), le Tribunal de céans a rejeté le recours et a confirmé la décision du 17 août 2004, refusant toute rente d'invalidité au recourant. Le Tribunal de céans a, en particulier, confirmé la valeur probante de l'expertise psychiatrique de 2003, et a confirmé le degré d'invalidité de 13%.
18. Par acte du 11 septembre 2006, le recourant a déposé un recours de droit administratif auprès du TRIBUNAL FEDERAL DES ASSURANCES (ci-après le TFA).
19. Par arrêt du 3 août 2007, le TFA a rejeté le recours.
20. En date du 10 janvier 2008, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestation d'invalidité, auprès de l'OCAI, en raison de "maladies" sans donner plus de détails. Il a sollicité une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession, une rééducation dans la même profession, et un placement.
21. Par courrier du 23 janvier 2008, le Dr R_____, spécialiste en médecine générale, a indiqué que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, et qu'une aide au placement serait nécessaire.
22. Par courrier du 13 février 2008, le Dr S_____, médecin-traitant et psychiatre, a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, des troubles somatoformes douloureux, ainsi qu'une modification de la personnalité. Le Dr S_____ a, de plus, indiqué qu'il conviendrait de faire examiner le recourant pour un complément d'expertise, car son état de santé s'aggravait.
23. Dans un complément de rapport du 3 mars 2008, le Dr S_____ a indiqué que l'état de santé du recourant s'était aggravé de façon évidente et grave, depuis le dernier trimestre 2007. Les limitations étaient d'ordre psychophysique, avec une vie mentale caractérisée par une dépersonnalisation, une obnubilation, une hypnoïde, une confusion, un automatisme, et un apragmatisme. Selon le médecin-traitant, le recourant était actuellement dans une retraite quasi-totale, tout se passait comme s'il était "hospitalisé" à domicile.
24. L'OCAI a, dans ce contexte, demandé au Dr Q_____ un complément d'expertise. En date du 12 août 2008, le Dr Q_____ a rendu un nouveau rapport d'expertise. Le rapport se fonde sur un entretien avec le recourant, sur l'expertise du 21 novembre 2003, ainsi que les documents versés par l'OCAI. Le recourant a évoqué de multiples plaintes physiques, ubiquitaires, mal systématisables ; une fatigabilité; un état psychique "bizarre"; il a déclaré "*ne se sentir pas bien, parfois rester chez lui à ne rien faire*".

L'examen clinique décrit le recourant comme une personne n'ayant pas de problèmes à se déplacer, ne paraissant ni algique, ni limité dans ses mouvements. Dès que les questions sont plus précises face à ses demandes de réhabilitation professionnelle, le recourant devient très approximatif et se contredit. Le tableau clinique est très difficilement systématisable. On ne retient pas de dépression marquée. Celle-ci paraît fluctuante. Dans les faits, il est très difficile de savoir réellement de quoi l'expertisé se plaint, puisque celles-ci varient d'un moment à l'autre durant l'examen clinique. Le recourant se sent essentiellement limité par ses douleurs, surtout des cruralgies droites avec irradiation testiculaire et des céphalées, parfois il déclare aller bien; il expose que certains jours il pourrait tout faire, certains jours il ne pourrait "pas" faire. Lorsque l'expert l'interroge sur ses motivations face à une reprise de l'activité professionnelle, le recourant répond *"j'attends que l'assurance-invalidité me propose quelque chose, me donne un emploi, on verra bien si je peux le faire."* En conclusion, selon l'expert, le tableau clinique est en définitive moins "pathologique" que lors de la première expertise. Les plaintes physiques sont beaucoup plus circonscrites et les symptômes psychiques sont moins importants. Les courriers du Dr S_____ n'apportent pas d'éléments nouveaux, puisqu'il retient différents diagnostics sans véritablement apporter d'éléments très probants. Il ne fait que suivre la direction des plaintes de son patient. L'expert maintient les conclusions de la première expertise, qui sont toujours d'actualité. Il ne pose que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié dans le cadre d'une probable névrose de rente. La capacité de travail est de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à savoir des cruralgies, et à ses compétences. Selon l'expert, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables, en l'absence de véritable demande motivée de la part du recourant.

25. Par avis du 2 septembre 2008, le SMR a indiqué qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique et de cumul des critères de sévérité selon la jurisprudence en vigueur, il ne pouvait admettre la présence d'une affection incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, et devait conclure comme par le passé à une capacité entière, dans toute activité, depuis toujours. Les cruralgies évoquées par l'expert n'étaient pas documentées par le médecin somaticien, et ne pouvaient être retenues comme incapacitantes.
26. Par projet de décision du 8 septembre 2008, l'OCAI a refusé toute prestation au recourant, au motif que selon le rapport d'expertise du 12 août 2008, ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. En effet, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi. La capacité de travail du recourant était entière dans toute activité.
27. Par courrier du 1^{er} octobre 2008, le recourant a contesté le projet de décision, car, selon lui, les affections somatique et psychologique dont il souffrait nécessitaient une prise en charge de l'assurance-invalidité. Il a, de plus, ajouté qu'il ne sollicitait

pas de rente, mais une aide de l'OCAI afin qu'il puisse trouver un travail, dans lequel il puisse travailler confortablement avec ses handicaps.

28. Par décision du 6 novembre 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision et refusé toute prestation.

29. Par courrier du 5 décembre 2008, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans, concluant à l'annulation de la décision litigieuse, à la reconnaissance d'une incapacité de travail complète, ainsi qu'à l'octroi d'une rente, avec suite de frais et dépens.

30. Dans un complément de recours datant du 11 février 2009, le recourant a produit quatre documents de ses médecins traitants.

- Le premier est un rapport des HUG, Département de psychiatrie, programme dépression, du 13 octobre 2008, effectué par le Dr T_____, psychiatre, diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (rituel obsessionnel) au premier plan, ainsi qu'un trouble somatoforme avec syndrome douloureux persistant).

- Le second est un courrier du Dr S_____, datant du 17 décembre 2008, dans lequel il explique ne pouvoir fournir aucun document clinique au sujet du recourant, étant donné que l'avis de l'expert primait celui du médecin traitant.

- Le troisième est un rapport du Dr U_____, psychiatre, du 2 février 2009. Les diagnostics retenus sont un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un trouble anxieux, sans précision, ainsi que un trouble somatoforme avec syndrome douloureux, somatoforme persistant. Selon ce médecin, l'ensemble des troubles somato-psychiques et la désinsertion sociale consécutive ne permettent actuellement pas au recourant d'assurer une quelconque activité lucrative. Le pronostic du recourant est réservé et celui-ci devrait pouvoir bénéficier d'une rente d'invalidité entière.

- Le quatrième est un certificat du Dr T_____ du 11 février 2009, diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (rituels obsessionnels) au premier plan, ainsi qu'un trouble somatoforme avec syndrome douloureux, somatoforme persistant.

31. Dans sa réplique du 13 mars 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours, et à la confirmation de la décision litigieuse en invoquant la jurisprudence relative à la valeur probante des pièces médicales, en particulier des expertises. De plus, il invoque qu'aucun argument ne permet une nouvelle appréciation du cas, et que l'arrêt précédent a autorité de chose jugée. L'avis du SMR, en annexe, indique que

"somme toute, l'épisode dépressif sévère durable au sens de l'assurance-invalidité ne peut être retenu; en cours de suivi au programme dépression, le recourant présente, en effet, un amendement partiel, alors qu'une médication efficace est encore en cours d'administration. Le trouble obsessionnel compulsif que le recourant présenterait n'est pas étayé/documenté. Il est difficile de concevoir que son psychiatre traitant pendant des années, ainsi que le Dr U_____ et l'expert psychiatre soit passé à coté d'une pathologie si sévère. Cette entité clinique ne peut être raisonnablement retenue en l'état. Rien ne permet de modifier les conclusions du SMR; la capacité de travail du recourant doit être considérée comme entière, depuis toujours, sans baisse de rendement, sans limitations fonctionnelles, quelle que soit l'activité."

32. Dans sa duplique du 3 avril 2009, le recourant indique que malgré leur qualité de médecins traitants, toute valeur probante ne saurait être enlevée aux trois avis des Drs S_____, T_____ et U_____, d'une part car ils sont spécialistes psychiatres, et d'autre part, car ils se sont prononcés de manière cohérente puisque leur avis semblent converger sur l'état de santé du recourant, ainsi que sur sa capacité de travail. Ces avis font, donc, porter un doute sur la pertinence des conclusions de l'expert mandaté par l'OCAI, c'est pourquoi le recourant conclut à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé quant aux critères relatifs au caractère invalidant de l'affection médicale, telle la désinsertion sociale, ou l'éventuelle cristallisation de l'état psychique. Ainsi, et contrairement à ce qu'affirme l'OCAI, il faut admettre que le recourant apporte la preuve d'une détérioration de son état de santé, postérieure à la première de demande à l'assurance-invalidité.
33. Considérant les divergences au sujet de l'état de santé de la recourante, le Tribunal de céans ordonne une expertise psychiatrique confiée au Dr V_____, psychiatre.
34. Interpellées au sujet de la désignation de l'expert et des questions posées, les parties n'ont pas de motif de récusation ni de commentaires sur la mission d'expertise.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Il s'agit en l'occurrence de déterminer le taux d'invalidité du recourant, et par conséquent, son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent

la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, *in* : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre

appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

6. En l'occurrence, se trouvent, notamment, au dossier l'expertise médicale du Dr Q_____ avec son complément, ainsi qu'un rapport des HUG, Département de psychiatrie, programme dépression, effectué par le Dr T_____ et un rapport du Dr U_____, psychiatre.

Tant le Dr T_____ des HUG que le Dr U_____ ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) et un trouble somatoforme avec syndrome douloureux, somatoforme persistant (F 45.4). Un trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (rituel obsessionnel) au premier plan (F 42.1) et un trouble anxieux, sans précision (F41.9) ont aussi été diagnostiqués par les deux médecins. Le complément d'expertise médicale du Dr Q_____ ne retient quant à lui qu'un trouble somatoforme indifférencié dans le cadre d'une probable névrose de rente.

Selon la jurisprudence, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Or, les nouveaux documents produits par le recourant sont de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert. Ils émanent notamment des HUG, programme dépression, soit d'une Institution publique spécialisée en matière de troubles psychiques et de dépression ainsi que d'un nouveau psychiatre traitant qui conclut également à un trouble dépressif sévère. Confronté à ces nouvelles opinions médicales, diamétralement opposées à celles de l'expert, mais qui sont motivées et

ne paraissent pas dénuées de fondement, le Tribunal de céans se voit contraint de diligenter une expertise psychiatrique judiciaire afin de déterminer précisément les atteintes à la santé psychique du recourant et leurs répercussions, le cas échéant, sur sa capacité de travail.

Cette expertise sera confiée au Dr V_____, psychiatre, à Genève, qui devra répondre précisément aux questions posées dans la mission d'expertise.

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

Statuant préparatoirement

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr V_____, psychiatre. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.
 - c. Examiner le recourant.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quels sont les diagnostics psychiatriques?
 - g. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 - i. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle ?
 - j. Existe-t-il chez l'expertisé un trouble somatoforme douloureux ? Si oui, depuis quelle date précise. Le cas échéant répondre aux questions suivantes :
 - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quel degré (faible, moyen, grave) ?
 - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - Le recourant subit-il une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration)?

- Existe-t-il chez le recourant un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
 - Des mesures de réadaptation seraient-elles utiles ?
 - Dans quelle mesure peut-on exiger du recourant qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
- k. Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution psychique du recourant et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une activité lucrative d'un point de vue psychique ? Si oui, laquelle-lesquelles ? A quel taux ? **Depuis quelle date ?**
- l. L'état psychique de l'expertisé a-t-il subi une péjoration notable depuis l'expertise psychiatrique ou depuis son complément, soit depuis novembre 2003 ou août 2008 ? Si oui, en quoi consiste-elle ? A quelle date précise est-elle survenue ? Si de nouveaux diagnostics sont posés par rapport aux expertises du Dr Q_____, depuis quand existent-ils ? Ont-ils une influence sur la capacité de travail ? Si oui, depuis quelle date ?
- m. Si le recourant ne présente plus de capacité de travail ou seulement une capacité réduite, **à quelle date précise la diminution de la capacité psychique est-elle survenue** ? Quelle est le taux de la capacité de travail ? Pour quelle-s raison-s présente-t-il une incapacité ou une capacité réduite (indiquer le taux) pour cause psychique ?
- n. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'OCAI en novembre 2008 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le Président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

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