

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/474/2005

ATAS/495/20

ORDONNANCÉ D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES

6<sup>eme</sup> Chambre

du 31 mai  
2005

En la cause

Monsieur P\_\_\_\_\_, représenté par CARITAS GENEVE,  
Mme FISCHER Marozia, rue de Carouge 53, Genève

recourant

contre

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

intimé de

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur P \_\_\_\_\_, né en avril 1961, marié et père de deux enfants nés en 1987 et 1995, travaillait comme agent d'exploitation escale (chargements et déchargements des bagages, de la poste et du fret) pour X \_\_\_\_\_ Genève SA (initialement Swissair SA) depuis le 1<sup>er</sup> mai 1990. Il a été en incapacité totale de travail depuis le 25 juillet 2000 et a été licencié pour le 31 mars 2002. De 1980 à 1990, il avait travaillé comme machiniste pour l'entreprise générale du bâtiment Y \_\_\_\_\_.
2. Le 2 décembre 1999, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH, a attesté de rachialgies chroniques et d'un diabète sucré de type II. Il y a trois ans, le patient avait chuté sur la nuque et présentait depuis lors des cervicalgies et **des céphalées ainsi que des douleurs aux jambes.**
3. Le 6 **novembre 2000**, le Dr A \_\_\_\_\_ a constaté une aggravation de l'état du patient avec apparition de douleurs lombaires. Un travail moins lourd était indiqué.
4. Le 30 novembre 2000, la clinique de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a attesté que le programme « objectif dos » n'avait pas pu être suivi en raison du fait que le patient était trop algique.
5. Le 15 décembre 2000, le Dr B \_\_\_\_\_, chef de clinique du service de neurologie de l'HCUG et du CHUV, a relevé que l'assuré avait développé une nouvelle crise il y avait deux mois, faite de lombalgies. La douleur était importante. L'IRM montrait une discrète discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Il était indispensable d'orienter le patient vers une reconversion professionnelle.
6. **Le 9 février 2001, une IRM de la colonne cervicale a relevé une hernie discale en C5-C6, paramédiane gauche appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural, à l'émergence de racine C6 gauche.**
7. Le 14 février 2001, le Dr A \_\_\_\_\_ a attesté d'une cervicobrachialgie, sans déficit neurologique. Il convenait de continuer le traitement médicamenteux et de faire de la physiothérapie.
8. Le 5 mars 2001, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a attesté qu'il avait adressé le patient au Dr B \_\_\_\_\_ en raison de lombalgie sur discopathie lombaire dégénérative.
9. Le 14 février 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.
10. Le 22 mars 2001: le Dr D \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a attesté de rachialgies chroniques depuis 1999 et d'un diabète sucré. Son état s'était

progressivement aggravé avec l'apparition de sciatalgies au membre inférieur droit et un syndrome dépressif. Le Dr B \_\_\_\_\_ préconisait un traitement conservateur et une reconversion professionnelle.

11. Les 27 novembre 2001 et 28 février 2002, une tomодensitométrie thoracique pratiquée à l'occasion d'une toux productive du patient relève de multiples adénopathies médiastinales ainsi que des nodules sous-pleuraux et intra-parenchymateux, pouvant entrer dans le cadre d'une sarcoïdose.
12. Le 17 avril 2002, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG a posé le diagnostic d'adénopathies médiastinales granulomateuses et effectué une intervention consistant en une médiastinoscopie.
13. Selon un rapport du 25 avril 2002, les suites opératoires sont simples.
14. Le 8 mai 2002, le Dr F \_\_\_\_\_, pneumologue, a examiné le patient à la demande du service de chirurgie thoracique des HUG. Le patient présentait une très probable sarcoïdose avec atteinte ganglionnaire et parenchymateuse pulmonaire. Le traitement d'Axotide avait été introduit avec succès mais interrompu durant quelques jours et la symptomatologie avait récidivé.
15. Le 22 mai 2002, le Dr D \_\_\_\_\_ a attesté que l'ancienne activité du patient n'était plus exigible. L'état de santé s'était aggravé dès lors qu'on avait découvert une probable sarcoïdose.
16. Le 21 octobre 2002, le Service médical régional AI (SMR Léman) de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a établi un rapport selon lequel malgré l'histoire médicale du patient relativement chargée, il n'y avait pas de pathologie clairement invalidante. Il fallait toutefois faire un examen pluridisciplinaire afin de déterminer la capacité de travail et l'aptitude à des mesures professionnelles.
17. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2002, l'assuré a bénéficié de prestations de l'Hospice Général.
18. Selon un rapport du 18 juin 2003 de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, les enfants et l'épouse de l'assuré étaient retournés vivre au Portugal depuis un an. L'assuré ne pensait pas pouvoir retravailler. Il était proposé de retourner le dossier au SMR pour expertise.
19. Le 9 octobre 2003, le SMR a requis des avis médicaux des Drs A \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_.
20. Le 8 novembre 2003, le Dr F \_\_\_\_\_ a relevé que la situation était stable du point de vue de la sarcoïdose et que le patient présentait une rhinite chronique marquée.

21. Le 28 novembre 2003, le Dr A \_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était celui de syndrome douloureux chronique évocateur d'une fibromyalgie et celui sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité, sarcoïdose stade II et diabète type, II. Le patient était capable d'exercer une activité professionnelle légère à 75 % au moins autorisant les changements de position et ne nécessitant pas le port de lourdes charges. Le Dr A \_\_\_\_\_ explique que: « Sur le plan de l'examen clinique, malgré l'expression d'une vive douleur diffuse tout au long de l'examen, le patient ne présente pas réellement de limitation fonctionnelle si ce n'est lors des épreuves de mobilité du rachis, où la collaboration n'a probablement pas été optimale. En conséquence, sur le plan rhumatologique, le patient ne présente certainement plus les compétences physiques pour exécuter des travaux lourds tels qu'il les exerçait auparavant à savoir manoeuvre sur les chantiers du bâtiment ou bagagiste à l'aéroport chargé de remplir et vider les soutes des avions. En revanche, je pense que son état de santé, sur le plan rhumatologique, est compatible avec une activité légère, qui ne nécessiterait ni le port de charges importantes, ni le maintien d'une position statique prolongée mais lui permettrait d'exécuter des tâches variées autorisant des changements de position fréquents. Dans cette perspective, j'ai abordé la question d'un reclassement professionnel avec le patient, qui y est formellement opposé, estimant qu'il n'est plus capable de travailler dans ses conditions de santé actuelles.

Au plan physique, M. P \_\_\_\_\_ ne présente pas de limitation fonctionnelle objective avec les quatre membres et l'examen de la mobilité du rachis est suboptimal compte tenu d'une collaboration limitée probablement par les douleurs. Il ne présente néanmoins pas de dommage organique au rachis de façon importante. La capacité de travail résultant de la situation médicale du patient est toutefois limitée pour les travaux lourds.

Au plan psychique et mental ainsi qu'au plan social, je ne puis me prononcer sur la possibilité d'un éventuel état dépressif mais il ne me semble pas que le patient présente de trouble psychiatrique marqué. La situation personnelle de M. P \_\_\_\_\_ est bien entendu en défaveur d'un retour au travail, tout au moins en Suisse, puisque son épouse et ses deux enfants sont déjà rentrés au pays et il est évident que le patient souhaite les rejoindre dans les meilleurs délais. Dans son esprit, il a tiré un trait sur sa carrière professionnelle sur sol helvétique ».

22. Le 2 février 2004, le Dr F \_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise. Le diagnostic était celui de sarcoïdose de stade II et de rhinite chronique.

Il explique que : « Sur le point de vue pneumologique, ce patient présente une sarcoïdose de stade II avec un bilan fonctionnel pulmonaire essentiellement normal sous réserve du diagnostic différentiel de la toux chronique qu'il présente et dont les deux causes les plus probables sont doit la sarcoïdose, soit la rhinite chronique,

rhinite qui lors de la deuxième évaluation était toujours présente mais non traitée et qui garde donc un diagnostic différentiel ouvert. Quoiqu'il en soit sur le plan fonctionnel, le patient ne me semble pas devoir être limité par cette sarcoïdose sous réserve de la toux. Le pronostic sur le plan de la sarcoïdose est évidemment impossible à prédire quoique les éléments actuels sur le plan fonctionnel sont parfaitement favorables et ne devraient pas déterminer de restriction.

Au plan physique, sur le plan de la capacité fonctionnelle pulmonaire, il n'y a pas de limitation (sous réserve de la toux chronique). Sur le plan physique et mental, la sarcoïdose peut probablement se surajouter aux multiples autres plaintes que présente le patient mais celle-ci ne me semble pas ressortir au premier plan ».

23. Le 5 avril 2004, le SMR a relevé qu'aucune psychopathologie invalidante n'était suspectée dans les expertises. Une activité adaptée d'au moins 75 % était exigible.
24. Le 28 avril 2004, l'OCAI a décidé d'ordonner une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.
25. Il ressort du rapport de la réadaptation professionnelle du 10 juin 2004 que le degré d'invalidité est de 37 %.
26. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2004, POCAI a refusé toute prestation à l'assuré. Les expertises des Drs A \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ concluaient à une capacité de travail d'au moins 75 %, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 37 % n'ouvrant pas droit aux prestations d'assurance, des mesures professionnelles n'étaient également pas à envisager.
27. Le 29 juillet 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision en relevant que son état s'était péjoré, s'agissant de l'aspect pulmonaire et psychique. Une expertise psychiatrique était requise. Il contestait être opposé à des mesures d'orientation professionnelle.
28. Le 10 novembre 2004, le Dr D \_\_\_\_\_ a attesté que l'état du patient était stationnaire (toux chronique, fatigue).
29. Le 22 novembre 2004, le SMR a relevé que l'aspect pulmonaire avait été examiné avec soin et que le rhumatologue n'avait pas suspecté la présence d'une affection psychique invalidante.
30. Par décision du 3 février 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition en relevant que le Dr D \_\_\_\_\_ n'avait attesté d'aucune aggravation de la situation, ni de changement dans les diagnostics et que l'aspect pulmonaire avait été exploré avec soin. Aucune affection psychique n'était par ailleurs suspectée.
31. Le 1<sup>er</sup> mars 2005, l'assuré a recouru contre cette dernière décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à l'octroi d'une rente AI et

à des mesures professionnelles ainsi que, subsidiairement, à ce que le Tribunal procède à une expertise multidisciplinaire. Il n'était pas tenu compte dans le calcul de l'invalidité de sa situation personnelle, sans formation professionnelle et peu scolarisé. Aucune activité adaptée n'était actuellement possible. Par ailleurs, il souffrait d'une dépression sévère. L'OCAI n'avait jamais proposé une reconversion professionnelle et n'avait pas motivé son refus.

32. L'assuré a versé à la procédure une attestation du Service de psychiatrie adulte des HUG du 17 mars 2005 selon laquelle il était suivi au CTB des Pâquis depuis le 15 février 2005 en raison d'un épisode dépressif sévère.
33. Le 12 avril 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours en précisant que la condition de l'aptitude subjective de réadaptation n'étant pas réalisée, il avait été renoncé aux mesures professionnelles. Par ailleurs, l'état dépressif attesté le 17 mars 2005 était clairement réactionnel à la décision négative de l'OCAI et ne pouvait dès lors être pris en compte.
34. Le 2 mai 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales a tenu une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a déclaré que

« J'ai été suivi 5 à 6 semaines par le CTB des Pâquis puis par le Dr G \_\_\_\_\_, psychiatre. Je suis actuellement en traitement chez lui. Je suis sous traitement d'antidépresseurs. Depuis un an, je prends des médicaments qui m'étaient ordonnés par le Dr D \_\_\_\_\_. Mon état s'est aggravé depuis une année. J'ai des douleurs aux cervicales, à la tête, dans les épaules, dans les jambes, à la suite de mes hernies discales, dans les os des jambes, ainsi que des picotements dans les bras. Je souffre toujours de ma maladie pulmonaire, je prends de l'Axotide 500, 3 fois par jour. C'est le Dr F \_\_\_\_\_ qui me l'a prescrit, je le prends depuis environ 2-3 ans. Actuellement, c'est le Dr D \_\_\_\_\_ qui me prescrit ces médicaments et qui me fait ces contrôles. Je vois le Dr F \_\_\_\_\_ sur demande du Dr D \_\_\_\_\_ uniquement. La toux m'occasionne des douleurs thoraciques et me réveille parfois la nuit. Mon état dépressif sévère était pour moi déjà présent avant la consultation au CTB des Pâquis. Je rappelle que mon état s'est aggravé depuis une année. Parfois je suis trop fatigué pour sortir. La nuit j'ai des insomnies. C'est comme si je travaillais à plus de 100 %. J'ai toujours dit que je voulais essayer d'exercer un travail adapté mais je ne sais pas si je pourrais y arriver. Je réfute le fait que je voudrais retourner le plus vite possible au Portugal. Je n'ai jamais déclaré cela à un représentant de l'Office AI. Je maintiens ma demande de mesures de réadaptation. Je précise que le Dr A \_\_\_\_\_ m'avait dit que je pouvais tenter une réadaptation à temps partiel et que POCAI m'a répondu que cela n'était pas possible, que seule une activité à plein temps pouvait être tentée ».

L'OCAI a déclaré que

« Le certificat médical du département de psychiatrie nous a été communiqué après la décision sur opposition, la dépression n'est pour nous pas pertinente. Je suppose que les médecins avaient écarté un état psychologique pathologique et que c'est pour cette raison qu'aucune expertise psy n'avait été ordonnée. S'agissant des mesures de réadaptation, je crois savoir de M. P \_\_\_\_\_ n'était pas motivé et qu'il souhaitait retourner le plus vite possible au Portugal. Selon le rapport du service de réadaptation professionnelle, M. P \_\_\_\_\_ estime qu'il ne peut plus travailler. C'est pour cela que nous parlons de défaut d'aptitude de réadaptation ».

Les parties se sont déclarées d'accord avec le principe d'une expertise psychiatrique.

35. Le 3 mai 2005, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait l'intention d'ordonner une expertise et de la confier au Dr H \_\_\_\_\_ et leur a fixé un délai au 17 mai 2005 pour qu'elles se déterminent.
36. Le 9 mai 2005, l'OCAI a communiqué au Tribunal de céans qu'il acceptait tant l'expert que la mission d'expertise. Le recourant n'a pas répondu dans le délai imparti.

#### EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 1106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 1226).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPG relative à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, dans sa nouvelle teneur selon le chiffre 8 de l'annexe à la LF du 6 octobre 2000 (RS 830.1).  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Dans le cas d'espèce, les faits déterminants ayant conduit à l'adoption de la décision litigieuse remontent à l'année 2000. Sur le plan matériel, le cas d'espèce reste donc régi par la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Toutefois, en ce qui concerne la procédure, celle-ci était pendante au 1<sup>er</sup> janvier 2003, de sorte que le cas d'espèce est régi par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.
5. L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger 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 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, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre 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 (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kôlz/Hâner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 111 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1 d et l'arrêt cité).

6. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, 1683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce

droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. précité consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaffhauser/Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'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), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

7. Dans le cas d'espèce, le recourant a été soumis à un examen médical approfondi, à la demande de l'intimé auprès des Drs A \_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'aspect rhumatologique et F \_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'aspect pulmonaire. En revanche, aucun examen psychiatrique n'a été ordonné par l'OCAI. Or, il ressort du dossier que le Dr D \_\_\_\_\_, médecin traitant, avait attesté déjà le 22 mars 2001

d'un syndrome dépressif constaté chez son patient, que le 21 octobre 2002, le SMR avait considéré qu'il se justifiait d'ordonner un examen pluridisciplinaire, avec un examen psychiatrique, que le 17 mars 2005 le service de psychiatrie adulte attestait d'un épisode dépressif sévère, que le recourant a déclaré en audience de comparution personnelle que l'état dépressif était présent antérieurement et s'était aggravé depuis une année, qu'enfin le Dr A \_\_\_\_\_, tout en relevant qu'il ne lui semblait pas que le patient présentait un trouble psychiatrique marqué, a précisé qu'il ne pouvait se prononcer sur un éventuel état dépressif et a fait état d'un syndrome douloureux chronique évocateur d'une fibromyalgie.

8. Pour toutes ces raisons, le Tribunal de céans ordonnera une expertise psychiatrique qu'il confiera au Dr H \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, route de Berne 73, 1010 Lausanne.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme

1. Déclare le recours recevable;

Préparatoirement

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr H\_\_\_\_\_. 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 Monsieur P\_\_\_\_\_.

c. Examiner Monsieur P\_\_\_\_\_.

d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Monsieur P\_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique ?

9 En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent chez Monsieur P\_\_\_\_\_ ? Quel traitement est-il indiqué ? Monsieur P\_\_\_\_\_ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

i. Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ?

j. Confirmez-vous le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et/ou de fibromyalgie ? Si oui

- Existe-t-il une comorbidité psychiatrique importante ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?

- Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
- Monsieur P \_\_\_\_\_ subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?

Existe-t-il chez Monsieur P \_\_\_\_\_ 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 conforme aux règles de l'art ?

- Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?

- Dans quelle mesure peut-on exiger de Monsieur P \_\_\_\_\_ qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?

k. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

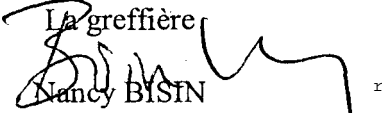
l. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit en février 2005 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?


m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.


3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière  
  
Nancy BISTIN

La présidente 

Valérie MON

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

