

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2018/2016

ATAS/1010/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 6 décembre 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né en 1972, d'origine kosovare, installé en Suisse dans le canton de Genève depuis 1998, au bénéfice d'un permis d'établissement, remarié depuis 2008 après un divorce, et père de deux enfants nés respectivement en 2009 et 2010. Il a travaillé auprès de B\_\_\_\_\_ (ci-après : B\_\_\_\_\_ ) depuis le 18 août 2000 en tant qu'agent de propreté, étant à ce titre assuré contre les accidents auprès de la SUVA Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assureur-accident).
2. L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en date du 18 juillet 2007 en raison de fortes douleurs dorsales et de deux hernies discales. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 19 mars 2007 (date à partir de laquelle il était en arrêt de travail), avait mis en évidence une ébauche de protrusion discale L2-L3 et une hernie discale L5-S1 sous-ligamentaire, de localisation médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine S1 gauche. D'après le docteur C\_\_\_\_\_ de l'hôpital orthopédique de la Suisse romande à Lausanne – que l'assuré avait consulté le 29 mai 2007 dans le cadre d'une étude financée par le Fonds national de la recherche –, une prise en charge dans un programme de reconditionnement intensif était susceptible d'avoir un effet favorable sur son problème de lombosciatalgies gauches sans conflit radiculaire. Le 3 octobre 2007, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a confirmé l'existence d'une discopathie L2-L3, L5-S1 et une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 31 août 2007 puis de 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007. Le 9 janvier 2008, ainsi que l'assuré en avait informé l'OAI par téléphone le 17 décembre 2007, ledit médecin a attesté d'une reprise d'activité de l'assuré à 100 % depuis décembre 2007. Le 25 janvier 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision retenant que, durant le délai d'attente d'un an à compter du 15 mars 2007, il avait repris une activité à 100 %, avait une capacité fonctionnelle totale dans son activité habituelle, et n'avait donc pas droit à des prestations de l'AI. L'assuré n'a pas émis d'objection à l'encontre de ce projet de décision, que l'OAI lui a alors notifié, sous forme de décision, le 29 février 2008, restée incontestée.
3. a. Le 23 juin 2012, à la suite de douleurs thoraciques gauches qu'il avait éprouvées pour la première fois le 23 juin 2011 au Kosovo, l'assuré a subi des examens médicaux, au Kosovo et en Suisse, qui, compte tenu de tests hépatiques perturbés et d'une hyperéosinophilie, ont comporté la réalisation d'une échographie abdominale, qui a mis en évidence une lésion kystique des segments II et IV, hautement suspecte par sa sémiologie radiologique d'un kyste hydatique, ainsi que des coupes thoraciques au scanner, qui ont aussi révélé deux lésions du lobe inférieur gauche, dont l'une en partie nodulaire et en partie en verre dépoli de 13 mm et l'autre de 4 mm d'aspect banal.  
b. L'assuré a été hospitalisé du 14 au 15 juillet 2011 au service des maladies infectieuses des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) en raison de cette suspicion de kyste hydatique. Le diagnostic principal posé a été celui de

---

très probable kyste hydatique hépatique et les diagnostics secondaires ceux de nodules de 13 et 4 mm du lobe inférieur gauche, d'étiologie indéterminée, et d'un épaissement bronchique au niveau de la lingula et des bronchiectasies, d'origine indéterminée (lettre de sortie du 19 juillet 2011 des docteurs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_). Il a pu regagner son domicile le 15 juillet 2011, pour être suivi dès le 18 juillet 2011 à la consultation des maladies tropicales des HUG, où a été établi qu'une exérèse devait intervenir rapidement (rapport de consultation de médecine tropicale du 18 juillet 2011 des docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_).

c. L'assuré a été opéré aux HUG le 29 juillet 2011. L'opération a consisté en une lobectomie gauche associée à une cholécystectomie. L'assuré a quitté l'hôpital le 4 août 2011. Selon la lettre de sortie établie le 25 août 2011 par les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, les suites de l'opération s'étaient bien déroulées ; l'assuré se plaignait de douleurs péri-cicatricielles et l'examen clinique objectivait une induration avec un écoulement sérosanguinolent mais sans évidence d'abcès ni d'infection.

d. D'après un rapport du 18 août 2011 des docteurs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ d'une échographie pratiquée la veille en raison des douleurs persistantes de l'assuré, le foie de l'assuré avait un status post-lobectomie gauche et post-CCK, avec une échostructure hépatique dans la norme, sans lésion focale ni collection visible intra ou extrahépatique, ni dilatation des voies biliaires intrahépatiques, et la vascularisation était dans la norme ; le reste de l'échographie abdominale était sans particularité.

Les conclusions suivantes ont été tirées d'un nouveau scanner abdominal effectué le 1<sup>er</sup> septembre 2011 par le docteur N\_\_\_\_\_ : status post-opératoire pour kyste hydatique ; formation ovalaire hypodense dans la partie gauche du foie, bordée par des clips post-opératoires ; absence de splénomégalie ; pancréas de topographie normale et de densité homogène ; aspect normal des glandes surrénales ; contours réguliers des deux reins avec un parenchyme homogène ; impression d'un épaissement pariétal de la région antrale du gastre ; dolichosigmoïde ; ganglion diaphragmatique gauche de 7.9 mm.

4. L'assuré a été hospitalisé du 7 au 10 septembre 2011 dans le service de chirurgie viscérale des HUG en raison de douleurs abdominales à la mobilisation et de perturbation du bilan hépatique. D'après la lettre de sortie établie le 4 octobre 2011 par les docteurs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, l'examen clinique d'entrée (général, cardiovasculaire, respiratoire, uro-génital, digestif) n'a pas mis de signe particulier en évidence, ni les examens complémentaires et consultations spécialisées (laboratoires, échographies, IRM des voies biliaires du pancréas), mais le bilan biologique a retrouvé une cytolysse hépatique avec des ASAT à 104 U/l et des ALAT à 101 U/l associés à des GGT à 183 U/l. Les douleurs de l'assuré ont été considérées comme des douleurs mécaniques probablement imputables à la chirurgie et à l'hypertrophie cicatricielle ; aucune autre mesure n'a été indiquée qu'un traitement antalgique avec un suivi clinique, compte tenu de l'absence de

---

point d'appel clinico-biologique en faveur d'une complication ; la cytolysé hépatique s'était partiellement normalisée au cours de l'hospitalisation, sans qu'une cause aux anomalies du bilan hépatique n'ait pu être validée, l'ensemble des examens d'imagerie (ultrasons, IRM) n'ayant fait état d'aucune anomalie anatomique ni d'une hépatite virale. L'examen clinique de sortie (général, cardiovasculaire, respiratoire, uro-génital, digestif) a donné un résultat sans particularité.

5. De l'histologie d'une gastroscopie du 22 septembre 2011, il est résulté que l'assuré avait une gastrite chronique antrale et fundique à *helicobacter pylori* (rapport du même jour de la docteure Q\_\_\_\_\_), que le docteur R\_\_\_\_\_ a ensuite proposé d'éradiquer par un traitement.
6. Le 12 octobre 2011, un examen radiologique de contrôle à trois mois a montré un aspect superposable de la plage nodulaire en verre dépoli et du segment latéro-basal du lobe inférieur gauche, et des infiltrats en arbre bourgeonnant des deux côtés, entrant dans le contexte de broncheectasies bilatérales prédominant au niveau linguale. Au niveau abdominal supérieur, le status était une post-hépatectomie gauche avec collection liquidienne adjacente au foie droit médialement à la chaînette d'agrafes, correspondant en premier lieu à un hématome postopératoire (rapport du 13 octobre 2011 des docteurs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_).
7. Le 14 novembre 2011, un transit oeso-gastroduodéal en double contraste a montré une dyskinésie oesophagienne sous forme d'ondes tertiaires au niveau du tiers inférieur, une hernie hiatale par glissement, réductible, sans reflux gastro-oesophagien, et un estomac « en cascade » (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du même jour).
8. D'après un courrier du 13 janvier 2012 du docteur U\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, au Dr D\_\_\_\_\_, il était difficile d'identifier une cause à l'ensemble des manifestations présentées par l'assuré. Les examens pratiqués étaient rassurants et l'examen clinique ne mettait pas en évidence d'atteinte pariétale de type éventration. Le constat d'une dysphagie orientait vers la possibilité d'une atteinte vagale ; la littérature concernant les donneurs vivants de foie comportait de nombreuses mentions de complications de type dyspepsie post-opératoires et altérations de la motilité gastrique (jusqu'à 11 % des donneurs) ; peut-être y avait-il lieu d'envisager ce type de complication dans le cas de l'assuré, même si l'ensemble des symptômes ne pouvait être expliqué par cette seule éventualité.
9. Le 27 février 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant, à titre de maladie constituant son atteinte à la santé, un « kyste opéré au foie (en juillet 2011) ». Il était en incapacité totale de travail depuis le 28 juin 2011.
10. À la suite d'un examen de manométrie du 23 mars 2012 pratiqué aux HUG, le docteur V\_\_\_\_\_ a évoqué un trouble aspécifique de la motilité oesophagienne ; il pouvait s'agir, sous réserve d'une manométrie haute résolution non disponible, d'une obstruction fonctionnelle du sphincter inférieur (rapport du 31 mars 2012).

11. Une cholangio-IRM effectuée le 30 mars 2012 pour comparaison avec celle faite le 9 septembre 2011 a retrouvé le status post-hépatectomie gauche avec persistance d'un minime résidu de l'hématome en regard de la tranche de résection ; le status post-cholécystectomie était sans défaut au niveau des voies biliaires (rapport du 31 mars 2012 des docteurs W\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_).
12. Les 23 avril et 7 mai 2012, l'assuré a été vu à la consultation ambulatoire du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, dont un rapport a été rendu le 5 juin 2012 par les docteurs Y\_\_\_\_\_ (médecin adjointe), Z\_\_\_\_\_ (Consultante Centre Douleur), AA\_\_\_\_\_ (chef de clinique, consultant d'anesthésiologie) et AB\_\_\_\_\_ (neurologue consultant). Ce rapport pose les diagnostics de douleurs abdominales dans un contexte de status post lobectomie hépatique gauche et de syndrome dépressif. Il relate l'anamnèse des douleurs ressenties par l'assuré depuis l'été 2011, rappelle les investigations effectuées depuis lors, retrace l'anamnèse psychosociale de l'assuré. L'examen clinique a donné ce qui suit : « Douleurs à la palpation du quadrant abdominal supérieur droit ainsi que de l'hypocondre droit reproductibles à la palpation plutôt profonde mais sans défense ni détente. Bruits abdominaux sans particularité. Absence de dysesthésies, hypoesthésie ou allodynie dans le territoire cutané correspondant. Palpation des côtes indolore ». Au chapitre de la discussion, l'assuré est décrit comme présentant un syndrome douloureux de présentation atypique et dont l'étiologie restait peu claire. Plusieurs éléments restaient à élucider, du point de vue du diagnostic, par une approche multidisciplinaire de façon optimale dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée, prévue en juin 2012. Des conseils de prise en charge globale symptomatique pourraient alors être proposés, que ce soit du point de vue pharmacologique ou psychiatrique ou quant à la pertinence d'avoir recours à des techniques semi-invasives comme des infiltrations pariétales à visée antalgique.
13. Selon un rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 6 juin 2012, du docteur AC\_\_\_\_\_, psychiatre, l'assuré attribuait ses douleurs à « quelque chose qui s'(était) passé pendant l'opération » puisqu'il n'avait jamais ressenti ces douleurs antérieurement ; il avait entendu qu'une collection liquidienne avait été identifiée au CT ; il s'étonnait qu'une investigation par laparoscopie, évoquée de longue date, n'ait pas encore été faite pour « voir ce qu'il se pass(ait) » ; la douleur était le seul problème de son existence ; il ne voyait pas de facteur de crise psychosocial, et estimait qu'il avait antérieurement une excellente santé psychique et physique ; il avait une grande volonté de reprendre ses activités antérieures.

Le status psychiatrique de l'assuré était le suivant : patient calme et collaborant, de contact chaleureux, ayant un discours structuré et informatif, sans trouble de l'orientation ou de la vigilance ; il décrivait ses symptômes de manière détaillée, sans qu'on observe de comportement maladie. Il avait une thymie abaissée malgré un sourire affiché, une tristesse fréquente, une diminution du plaisir mais une conservation des envies, une diminution de l'appétit avec une perte pondérale de 10 kg depuis l'hépatectomie partielle. Il avait d'importants troubles du sommeil liés

à la douleur, le réveillant aux changements de position, limitant son sommeil à 5 heures par nuit avec asthénie modérée. Il n'avait jamais pensé à la mort comme solution à sa souffrance. Il n'avait pas de symptôme de la lignée psychotique. Il avait une anxiété importante liée à l'absence d'étiologie claire à ses symptômes et aux diverses informations reçues telles la présence d'une collection liquidienne et la section d'un nerf, mais sans ruminant excessive ou idée délirante de nature hypocondriaque.

L'assuré présentait une symptomatologie dépressive modérée à sévère, clairement consécutive aux limitations imposées par la douleur post-opératoire, mais pouvant participer à un cercle vicieux négatif d'abaissement du seuil de la douleur. Il fallait en tout cas lui prescrire un traitement médicamenteux, visant également un effet sur la composante neurogène des symptômes, et lui expliquer qu'un effet bénéfique ne se manifesterait qu'après plusieurs semaines et que le traitement devrait être poursuivi durant au moins six mois. L'assuré vivait mal l'incertitude étiologique tout en se disant rassuré qu'une cause grave avait été exclue et reconnaissant avoir été guéri du kyste hydatique. Il faudrait clarifier avec lui les risques et bénéfices d'une laparoscopie. Il ne présentait aucun facteur de risque psychosocial pour une évolution chronique, en dehors d'un arrêt de travail déjà prolongé. Il pourrait bénéficier d'un programme de remobilisation de type fitness médicalisé visant à lui faire reprendre confiance dans la solidité de son corps malgré la douleur.

Le diagnostic était celui d'épisode dépressif moyen. En résumé, l'assuré était un patient sans antécédent psychiatrique, qui présentait une symptomatologie dépressive modérée d'allure essentiellement réactionnelle à d'importantes douleurs post-opératoires.

14. L'assuré a été hospitalisé aux HUG du 6 au 7 juin 2012 pour investigations de ses douleurs de l'hypochondre droit persistantes après lobectomie hépatique gauche en mai (recte : juillet) 2011. À teneur de la lettre de sortie des docteurs AD\_\_\_\_\_ et AE\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin interne du service de médecine interne générale, datée du 8 juin 2012, le diagnostic principal était celui de douleurs abdominales post-opératoires persistantes d'origine indéterminée, et un diagnostic secondaire était celui d'épisode dépressif moyen. D'après ce qui était résulté du colloque multidisciplinaire s'étant tenu le 6 juin 2012 entre les docteurs TOSO (chirurgien), AA\_\_\_\_\_ (anesthésiste), AF\_\_\_\_\_ (consultante de la douleur), AC\_\_\_\_\_ (psychiatre), AG\_\_\_\_\_ (gastroentérologue) et les médecins de l'unité, l'assuré avait des douleurs post-opératoires d'origine peu claire et probablement mixte. Le chirurgien confirmait le bon déroulement de la procédure à l'époque, sans complication post-opératoire, et l'absence de gravité de la persistance du petit hématome visualité lors de la dernière IRM ; celui-ci ne pouvait expliquer les douleurs ; une lésion du nerf vague était exclue, ne provoquant pas ce genre de symptômes ; l'hypothèse d'une lésion nerveuse post-opératoire restait la plus probable. Le psychiatre retenait un épisode dépressif moyen d'allure réactionnelle aux importantes douleurs post-opératoires ; les douleurs étaient

difficilement mises sur le compte de l'état dépressif lui-même. Un bloc nerveux pariétal tenté le 7 juin 2012 était resté sans effet sur les douleurs. Les médecins ont prescrit à l'assuré, pour au moins six mois, un traitement médicamenteux pouvant avoir un effet antidépresseur et sur la composante des douleurs neurogènes, et lui ont conseillé d'augmenter son activité physique.

15. Le 3 août 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré aux services d'anesthésiologie et d'antalgie du CHUV pour un deuxième avis concernant un syndrome douloureux chronique apparu en post-opératoire de l'opération d'un kyste hydatique hépatique. Les traitements entrepris jusqu'ici n'avaient pas mené à une amélioration.

Le 18 décembre 2012, dans le cadre de consultations au Centre d'antalgie du CHUV, un scanner de la colonne a été fait à l'assuré, compte tenu d'une suspicion que les douleurs de ce dernier pourraient venir de la colonne.

16. Le 15 janvier 2013, l'assuré a consulté le professeur AH\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, spécialiste en chirurgie viscérale, générale et d'urgence de l'Hôpital du Valais.

D'après le rapport médical du Prof. AH\_\_\_\_\_, du 22 janvier 2013, l'assuré rapportait, depuis sa lobectomie hépatique gauche pour kyste hydratique du 29 juillet 2011, des douleurs dans la région paramédicale droite, entre l'ombilic et la xiphoïde, caudalement à la cicatrice sous-costale, douleurs constantes le réveillant souvent la nuit, non associées à des symptômes digestifs ou systémiques même si l'assuré se plaignait d'avoir des difficultés pour marcher en raison de l'intensité de ses douleurs. L'assuré avait des difficultés à s'alimenter, sans odynodysphagie ; il avait perdu une dizaine de kg depuis l'intervention. Il ne travaillait plus et risquait de perdre son emploi et son logement de fonction ; il était marié et père de deux jeunes enfants.

Hormis une sensibilité au niveau de l'hypochondre droit et d'une hypoesthésie avec des zones d'anesthésie dans la région caudale de la cicatrice du côté droit, le status était normal. Tous les examens pratiqués jusqu'alors n'avaient rien montré d'autre qu'une petite collection sur la tranche de section de l'hépatectomie. Un transit œso-gastroduodéal avait montré, le 14 novembre 2011, une dyskinésie œsophagienne sous forme d'onde tertiaire de l'œsophage distal avec une hernie hiatale par glissement sans reflux. L'assuré avait été hospitalisé deux fois pour investigations, du 7 au 10 septembre 2011 et du 6 au 7 juin 2012, sans qu'aucune conclusion étiologique ne soit retenue ; l'hypothèse d'une lésion post-opératoire avait alors été estimée la plus probable. Le Dr U\_\_\_\_\_ avait retenu, le 13 janvier 2012, l'hypothèse d'une dyspepsie/dysphagie sur section du nerf vague.

La consultation psychiatrique qu'avait faite l'assuré lors de son hospitalisation en juin 2012 avait conclu à une symptomatologie dépressive modérée, d'allure essentiellement réactionnelle, et ayant abouti à un traitement antidépresseur et à une tentative de bloc nerveux pariétal, le 7 juin 2012, resté sans effet sur la douleur. Le Prof. AH\_\_\_\_\_ n'avait aucun document concernant une consultation de la douleur que l'assuré avait faite auprès du CHUV. Il avait demandé au docteur AI\_\_\_\_\_,

chef de clinique au service de neurologie de l'Hôpital du Valais, d'évaluer l'assuré sur le plan neurologique ; l'ENMG pratiquée avait démontré une neuropathie par étirement du nerf intercostal T9 et dans une moindre mesure T10 avec une dénervation du muscle grand-droit à droite, corroborée par une atrophie visible au scanner. D'après le docteur AJ\_\_\_\_\_, anesthésiste et spécialiste des traitements de la douleur, il n'y avait que peu de chance d'obtenir une amélioration par des infiltrations, respectivement une réexploration chirurgicale ; une électrostimulation continue des nerfs intercostaux concernés pourrait être mise en place.

17. Dans son rapport du 23 janvier 2013 à l'adresse du Prof. AH\_\_\_\_\_, le Dr AI\_\_\_\_\_ n'a relevé aucune particularité au niveau des fonctions cognitives de l'assuré. L'épreuve posturale tenue, la force, la coordination, la sensibilité tacto-algique étaient sans particularité au niveau des membres supérieurs. Les ROT étaient normovifs et symétriques. La pallesthésie était conservée. En ce qui concernait le tronc, le médecin notait la présence d'une hypoesthésie douloureuse de forme ovale circonscrite en-dessous de la région cicatricielle, avec une allodynie, douleur reproductible tant à la palpation légère que profonde. Le tonus de la musculature abdominale était asymétrique en défaveur de la droite, prononcé au niveau du muscle droit abdominal. Il n'y avait pas de Lasègue, ni de niveau sensitif cutané au niveau dorsal. Aucune particularité n'avait été relevée concernant les membres inférieurs. La description de l'ENMG était la suivante : « La myographie à l'aiguille concentrique du muscle droit abdominal est pathologique sur plusieurs niveaux, sus-ombilical, para-ombilical et infra-ombilical avec maximum des anomalies en sus-ombilical, avec signes de dénervation sous forme de potentiels de fibrillation, d'ondes positives et de très sporadiques fasciculations. Les potentiels d'unité motrice sont extrêmement polyphasiques, de faible à moyenne amplitude, avec un recrutement réduit et un tracé de type neurogène. Le même examen réalisé à gauche sur le muscle droit abdominal s'avère strictement normal ».

Le Dr AI\_\_\_\_\_ a conclu à une probable neuropathie par étirement du nerf intercostal au niveau T9, et dans une moindre mesure, au niveau T10. Il n'avait aucune autre proposition à formuler que de réadresser l'assuré au centre de la douleur, car celles dont celui-ci souffrait persistaient malgré les divers traitements entrepris, dont des traitements par opiacés. Il proposait à ce qu'un contrôle ENMG soit à nouveau effectué dans un délai de trois à six mois.

18. Dans l'intervalle, par décision du 17 janvier 2013, la SUVA a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents, au motif qu'il n'avait été victime d'aucun accident, ni de lésion corporelle assimilée à un accident.

Tant B\_\_\_\_\_ que l'assuré ont formé opposition à cette décision de la SUVA, respectivement les 5 et 13 février 2013. Ils complèteront leur opposition ultérieurement (le 21 juin 2013 s'agissant de l'assuré et le 24 janvier 2014 s'agissant de B\_\_\_\_\_).

- 
19. Le 7 février 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a écrit à Medical Service, mandaté par la SUVA, que l'assuré présentait toujours des douleurs de caractère neurogène invalidantes sans réponse aux différents traitements. Il était suivi au CHUV, à la consultation de la douleur, dont aucun rapport n'était encore disponible. Mais le Prof. AH\_\_\_\_\_ démontrait une neuropathie par étirement du nerf intercostal T9 et T10.
  20. Par courrier du 26 mars 2013 à Medical Service, le docteur AK\_\_\_\_\_, du Centre d'antalgie du CHUV, a indiqué avoir vu l'assuré le 21 mars 2013, à la demande de son collègue, le docteur AL\_\_\_\_\_, afin d'évaluer l'indication à une thérapie par neuro-modulation de type stimulation médullaire électrique. Les neurologues concluaient à une neuropathie intercostale T9 droite péri-opératoire sur probable étirement du nerf intercostal T9 et dans une moindre mesure au niveau de T10. Les douleurs étaient décrites comme permanentes, aggravées par l'activité physique, les positions statiques prolongées debout ou assise, ainsi que la toux ou les éternuements. Il n'y avait pas d'association avec des symptômes digestifs. De nombreuses infiltrations avaient été effectuées, dont au Centre d'antalgie du CHUV (blocs intercostaux sous ultrasons, Tab block, Trigger Point), sans qu'aucune amélioration ne soit constatée. En raison de la topographie des douleurs ainsi que de l'absence totale d'amélioration même transitoire suite aux blocs, aux anesthésiques locaux, une stimulation médullaire n'apparaissait pas susceptible d'apporter une amélioration significative de la symptomatologie de l'assuré. Ce dernier était ré-adressé à la consultation du Dr AL\_\_\_\_\_.
  21. L'assuré a été licencié par B\_\_\_\_\_ avec effet au 31 juillet 2013, étant précisé qu'une indemnité de départ lui serait versée par B\_\_\_\_\_ d'août 2013 à avril 2014.
  22. Dans un rapport médical du 8 juillet 2013, le Dr AL\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostic, à titre de maladie, des douleurs abdominales post-lobectomie hépatique gauche, avec effet sur la capacité de travail, et, sans effet sur la capacité de travail, un status post-lobectomie hépatique gauche et cholécystectomie pour un kyste hydatique du lobe hépatique gauche de découverte fortuite, une dysphagie mixte dans le contexte de troubles aspécifiques de la motilité oesophagienne et un syndrome dépressif modéré réactionnel. L'assuré avait bénéficié de multiples infiltrations au niveau intercostal 9, 10, 11, 12, des infiltrations *loco dolenti* sur ou sous le muscle grand droit ; les blocs avaient une efficacité clinique (anesthésie au froid) mais aucune sur la douleur ; des tentatives d'infiltration avec anesthésiques locaux au niveau de la cicatrice avaient eu un résultat négatif ; un traitement avec de la pommade Kétamine n'avait eu aucun effet ; l'assuré n'était pas considéré comme pouvant répondre à une stimulation médullaire au niveau épidural ; aucun de gestes n'avait donné d'indication quant à l'origine de la symptomatologie de l'assuré, qui restait inchangée.
  23. Par communication du 10 septembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de sa décision de le soumettre à une expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie auprès d'un centre d'expertises médicales, qui serait choisi de manière aléatoire. Les questions destinées aux experts (comprenant des questions

spécifiques pour le cas où un trouble de la lignée somatoforme ou un trouble assimilé serait constaté) étaient soumises à l'assuré, qui disposait de dix jours pour indiquer les questions complémentaires qu'il aurait à faire poser aux experts.

Le Dr D \_\_\_\_\_ ayant fait part de ce que, sur son conseil, l'assuré s'opposait à une expertise, l'estimant inutile dès lors qu'il avait déjà été vu par plusieurs spécialistes de haut niveau dans toutes les spécialités considérées, l'OAI a, par décision incidente du 3 octobre 2013, maintenu cette expertise pluridisciplinaire.

Cette dernière a été attribuée le 27 novembre 2013, dans le cadre de la procédure SuisseMED@P, au Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après : CEMed), plus précisément aux docteurs AM \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, AN \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et AO \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne.

24. En date du 10 décembre 2013, le Dr AP \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation médicale du cas de l'assuré.

L'hémihépatomie avait été effectuée dans les règles de l'art. L'accès chirurgical choisi (laparotomie épigastrique transversale) constituait l'accès standard pour cette intervention. Le nécessaire détachage des adhérences (adhésiolyse) rencontrées lors de l'opération pouvait avoir lésé le tissu touché ; ce problème était courant avec ce procédé, qui ne pouvait aucunement être qualifié d'approche inappropriée. Selon les documents à disposition, il n'était pas démontré que des lésions des terminaisons nerveuses du nerf vague étaient survenues dans le cadre de l'adhésiolyse ; de telles lésions n'expliqueraient nullement les douleurs de l'assuré et ne seraient en tout état pas le résultat d'une approche inappropriée.

La pose d'agrafes autoretenues, devant intervenir sitôt les adhérences résorbées, pouvait produire des élongations dans la zone des nerfs intercostaux 9 et 10, mais c'était un risque devant être assumé pour une mise en place optimale du site opératoire. Les dommages d'élongation constatés ne s'écartaient pas nettement de ce qui se constatait habituellement en médecine.

En résumé, aucun indice ne laissait penser que l'opération n'aurait pas été effectuée dans les règles de l'art.

25. Le 30 décembre 2013, après l'échéance du délai imparti à l'assuré pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts précités, le CEMed a convoqué celui-ci aux fins d'examen par les experts précités les 8 et 10 janvier 2014.
26. Par décision sur opposition du 31 mars 2014, fondée sur l'appréciation médicale du Dr AP \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Selon le compte-rendu opératoire et l'imagerie réalisée durant l'opération considérée, cette dernière avait été accomplie dans les règles de l'art ; il n'était pas établi que des terminaisons nerveuses du nerf vague aient été blessées au cours de l'intervention, et, quoi qu'il en soit, de telles lésions n'expliqueraient nullement les

douleurs de l'assuré, ni ne pourraient être imputées à un procédé opératoire inapproprié. Il était concevable que la mise en place d'agrafes autoretenues ait impliqué des lésions par étirement, du type de celles observées dans la zone des nerfs intercostaux 9 et 10, mais c'était-là un risque devant être accepté, découlant de la nécessité d'une exposition optimale du site opératoire ; de telles lésions ne s'écartaient pas nettement de ce qui se constatait habituellement en médecine. Il n'y avait en l'occurrence aucun indice que les règles de l'art aient été ignorées ou violées d'une quelconque façon. Les conditions auxquelles devait être admis qu'un accident fût survenu dans le cadre du traitement d'une maladie n'étaient pas réalisées. Il n'y avait pas matière à rechercher d'autres explications médicales.

27. L'assuré a recouru le 16 mai 2014 contre cette décision sur opposition de la SUVA auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (cause A/1396/2014).

La SUVA a conclu au rejet de ce recours le 16 juin 2014.

28. Les experts du CEMed ont rendu leur rapport d'expertise le 12 août 2014, dans le cadre de la procédure AI.

Ledit rapport énumère les quarante pièces consultées (dont, pour l'essentiel, des rapports médicaux, radiologiques, histologiques, psychiatrique, d'hospitalisation, compte-rendu opératoire), rappelle le cadre du mandat d'expertise, résume le dossier dans l'ordre chronologique (sur 2½ pages), relate les données subjectives médicales, personnelles, familiales et socioprofessionnelles de l'assuré (en indiquant l'histoire médicale actuelle selon l'expertisé et ses plaintes actuelles sur les plans de la médecine interne, neurologique et psychique, y compris une anamnèse orientée psychiatrique, ainsi que ses traitements) (sur 4 pages), établit les status de médecine interne, neurologique et psychiatrique (respectivement sur 1 page, 1 page et ¾ page), comporte une synthèse et une discussion du cas (sur 2 pages) et répond aux questions posées par l'OAI (sur 2 pages).

Dans les antécédents médicaux de l'assuré, il y avait eu, en 2007, un épisode de lombosciatalgies droites, avec mise en évidence de deux hernies discales à l'IRM lombaire, épisode ayant cependant connu une évolution favorable sous traitement conservateur avec disparition de toute plainte. Puis il y a eu, en 2011, la lobectomie hépatite gauche et cholécystectomie pour un kyste hédatique, opération dans les suites desquelles l'assuré s'était plaint et se plaignait de douleurs pariétales abdominales droites moyennes et inférieures constantes, en raison desquelles toute une série d'investigations et de traitements avaient été effectués dans le cadre des HUG et du CHUV.

Sur le plan de la médecine interne, l'examen était rigoureusement normal, en dehors de douleurs au niveau de l'hypochondre droit à l'examen clinique, douleurs qui n'étaient pas en relation avec une pathologie évidente ; le problème du kyste hydatique pouvait être considéré comme terminé, avec une évolution satisfaisante et sans caractère incapacitant. Sur le plan neurologique, l'examen permettait de

retrouver une zone d'hypoesthésie maximale au niveau D9-D10 droit, semblant se poursuivre de façon atypique au niveau abdominal inférieur droit et le long de l'ensemble du membre inférieur droit ; l'explication la plus probable de ces troubles était un étirement des nerfs intercostaux D9 et D10 lors de l'intervention chirurgicale, phénomène sur lequel se surajoutaient très vraisemblablement des facteurs psychologiques expliquant l'extension actuelle des troubles sensitifs ainsi que la réponse médiocre aux différents traitements antalgiques effectués jusqu'ici, à poursuivre. La capacité de travail de l'assuré s'en trouvait affectée, en ce sens que celui-ci présentait une incapacité de travail complète dans l'activité de nettoyeur (étant donné les constatations effectuées, l'échec de différents traitements et le fait que l'activité considérée soit physiquement relativement lourde) ; dans une activité légère se déroulant essentiellement en position assise, ne nécessitant pas le port régulier de charge de plus de 10 à 15 kg et autorisant des changements occasionnels de position assise/debout, l'assuré pouvait avoir une activité professionnelle à plein temps avec un rendement de 100 %. Sur le plan psychique, il persistait un épisode dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique, qui prenait une allure chronique et était réactionnel aux douleurs chroniques ; il y avait ainsi une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un épisode dépressif moyen chronique persistant depuis un an et demi et ne répondant pas au traitement de Cymbalta 120 mg/j, le seul antidépresseur à avoir été essayé et maintenu sans changement depuis plus d'un an, alors que les possibilités thérapeutiques n'étaient de loin pas épuisées ; l'assuré n'était pas replié socialement, n'avait pas de traits pathologiques de caractère, ni ralentissement psychomoteur, ni troubles cognitifs patents, mais une pensée fixée sur les douleurs chroniques et leur répercussion désastreuse sur le quotidien ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles objectivables au niveau psychiatrique.

En résumé, l'assuré présentait vraisemblablement, avec répercussion sur sa capacité de travail, une atteinte des nerfs intercostaux D9-D10 secondairement à un étirement peropératoire, et, sans répercussion sur sa capacité de travail, un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique (F32.10). L'atteinte des nerfs intercostaux représentait vraisemblablement une contre-indication à des activités physiquement lourdes et au port régulier de charges (comme l'activité de nettoyeur, qui n'était donc plus exigible), depuis l'intervention chirurgicale du 29 juillet 2011 ; l'assuré présentait une capacité de travail complète avec un rendement de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité essentiellement sédentaire, se déroulant en position le plus souvent assise, ne nécessitant pas le port régulier de charges de plus de 10 à 15 kg et autorisant des changements occasionnels de position assis/debout, étant précisé qu'il fallait admettre une période d'incapacité de travail complète puis partielle de six mois au plus après l'opération précitée.

29. Le 10 septembre 2014, l'assuré a présenté sa réplique dans la cause A/1396/2014, en faisant référence au rapport d'expertise précité du CEMed et sollicitant une expertise gastroentérologique et neurologique pour déterminer la cause réelle d'une

part de ses douleurs au niveau abdominal inférieur et le long du membre inférieur droit et d'autre part de ses troubles épigastriques et dysphagiques.

La SUVA a dupliqué le 7 octobre 2014, en persistant à conclure au rejet du recours.

La cause A/1396/2014 a été suspendue le 10 novembre 2015, après constat que la SUVA n'avait pas statué sur l'opposition de B\_\_\_\_\_ à sa décision du 17 janvier 2013. Elle sera reprise le 17 août 2016, après qu'il a été établi que la SUVA avait notifié aux B\_\_\_\_\_, le 18 décembre 2015, une même décision sur opposition que celle notifiée à l'assuré le 31 mars 2014 et qu'ils n'avaient pas recouru contre cette décision sur opposition.

30. Dans l'intervalle, le 7 novembre 2014, la docteure AQ\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a émis un avis médical, à teneur duquel elle qualifiait les conclusions du rapport d'expertise du CEMed de convaincantes et proposait de les suivre, soit de retenir que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais complète dans une activité adaptée ; il y avait eu incapacité totale de travail dans un premier temps, puis partielle à partir de six mois après l'opération du 29 juillet 2011.

31. Le 15 février 2015, lors d'un entretien à l'OAI concernant la recherche d'une activité professionnelle adaptée à ses capacités et compétences, l'assuré, apprenant que le SMR proposait de suivre l'avis des experts du CEMed, a indiqué ne pas pouvoir rester assis plus de 90 minutes et avoir fait une tentative de suicide. Il a affirmé ne pas se sentir capable de bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle, ne rien pouvoir faire, et en avoir assez de cette vie.

L'OAI a ensuite invité l'assuré, par courrier à son avocat, à lui faire part de toute information susceptible de lui faire reconsidérer sa position, à défaut de quoi il devrait le soumettre à une mesure d'orientation professionnelle.

32. Par courrier du 24 février 2015 à l'OAI, l'avocat de l'assuré a indiqué que ce dernier avait été hospitalisé aux HUG du 3 au 12 janvier 2015 suite à une tentative de suicide, et il lui a transmis un certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2015 attestant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé au niveau psychiatrique, ainsi qu'un certificat médical de la docteure AR\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, du 17 février 2015 attestant de ladite hospitalisation à l'unité psychiatrique des HUG après que l'assuré eut, à des fins de suicide, mis le feu à son appartement.

33. Après y avoir été autorisé par l'assuré, l'OAI a obtenu des HUG la lettre de sortie, établie le 4 mars 2015 par les docteurs AS\_\_\_\_\_ et AT\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie.

Le diagnostic principal posé était un épisode dépressif moyen. D'après les éléments anamnestiques, l'assuré souffrait socialement d'avoir dû suspendre son activité professionnelle depuis 2011, suite à l'apparition de douleurs importantes post-

lobectomie hépatique gauche pour un kyste hydatiforme, auxquelles les investigations menées et la consultation de la douleur n'avaient pas apporté de compréhension ni d'antalgie efficace. Il décrivait depuis 2012 des douleurs chroniques invalidantes et un état dépressif apparu suite à cette situation médicale. Il était suivi depuis un an par la Dre AR\_\_\_\_\_. Sa thymie s'était péjorée depuis quelques mois, avec apparition d'une anhédonie, d'une aboulie et d'un repli sur soi.

Son status à l'entrée à l'unité d'investigation et de traitements brefs psychiatriques après son séjour aux urgences et aux soins intensifs, le 8 janvier 2015, est décrit comme suit : « Patient calme, orienté aux 4 modes, collaborant. Le discours est pauvre, mais cohérent et informatif. La thymie est triste, les angoisses sont importantes. Anhédonie marquée, aboulie, sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Ruminations anxieuses et culpabilisantes. Il présente des idées suicidaires fluctuantes, dit ne pas regretter son geste et pense qu'il pourrait récidiver dans un futur à moyen terme. Se dit rassuré par le cadre hospitalier, s'engage à faire appel. Troubles du sommeil présents de longue date et troubles de l'appétit. Pas d'idées délirantes, absence de symptômes de la lignée psychotique. Il reconnaît un sentiment de désespoir majeur et accepte une hospitalisation en milieu psychiatrique. »

De la discussion du cas ressortent cependant, dans un premier temps, une colère face à son hospitalisation dans une unité fermée et une faible tolérance à la frustration de devoir respecter les cadres thérapeutiques, ressentis comme infantilisans. Il contestait être en colère, mais expliquait en vouloir aux médecins « qui ne reconnaissent pas leurs erreurs et qui ne réussissent pas à le soigner ». Il manifestait peu de capacités introspectives quant à son geste suicidaire et il n'était pas possible de déterminer quels facteurs de crise avaient été à l'origine de ce dernier. Lors d'un entretien en présence de son épouse, il est ressorti que cette dernière et leurs deux enfants étaient présents dans l'appartement au moment de l'incendie, et son épouse a appris que le geste de l'assuré avait été suicidaire et avait fait suite à des pensées suicidaires remontant à deux ans. L'assuré s'était engagé à reprendre son suivi psychiatrique chez la Dre AR\_\_\_\_\_ à sa sortie, en insistant pour avoir rapidement un résumé de son séjour hospitalier pour une « audience » qu'il aurait le 23 janvier 2015 à l'OAI et pour l'Hospice général, ce qui – ont noté les médecins – a suscité un doute sur la réelle intention suicidaire du geste de l'assuré. À la fin de son hospitalisation, l'assuré a verbalisé sa reconnaissance des soins dont il avait bénéficié et ne présentait plus d'idées suicidaires. Il était calme et relativement collaborant, insistant pour sortir, orienté aux 4 modes, normovigile ; il n'avait pas de trouble de la mémoire objectivé durant l'entretien, il avait des capacités d'attention et de concentration conservées, une thymie neutre, des affects congruents à l'humeur, pas d'anhédonie, pas de baisse de l'élan vital, un sommeil et un appétit conservés, un discours clair et cohérent, sans éléments de la lignée psychotique ; il n'avait pas d'hallucinations.

34. D'après un rapport médical du 11 mai 2015 de la Dre AR\_\_\_\_\_ à l'OAI, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, affectant sa capacité de travail. Selon l'anamnèse, il avait des douleurs chroniques de l'hypocondre droit irradiant dans la jambe droite, depuis l'opération du 29 juillet 2011. Il n'arrivait plus à travailler à cause de ses douleurs « inexplicables médicalement » mais aussi de l'apparition secondaire d'un état dépressif moyen marqué par un visage sans mimiques, une voix monocorde, un discours pauvre, ce qui était une symptomatologie atypique ; il souffrait beaucoup d'être sans travailler et de se sentir une charge pour sa femme ; il ne pouvait pas aider cette dernière dans les tâches de la vie quotidienne ni jouer avec les enfants. Concernant l'incendie de début janvier 2015, l'assuré avait d'abord parlé, au début de son hospitalisation, d'un incendie déclenché par lui accidentellement en réparant un appareil électrique, puis intentionnellement afin de mourir ; pour la Dre AR\_\_\_\_\_, l'hypothèse d'un accident était plus plausible chez ce patient n'ayant jamais présenté d'idées suicidaires et ayant une dépression d'intensité moyenne. Le constat médical de la Dre AR\_\_\_\_\_ était celui d'un patient calme, collaborant, se plaignant de douleurs, manquant d'énergie, ayant tendance à se replier sur lui-même, culpabilisant, demandant réparation, n'ayant pas de troubles du sommeil ni de l'appétit, pas d'idées suicidaires, ne présentant pas d'éléments psychotiques. Le pronostic n'était pas rassurant compte tenu de son désir de réparation vis-à-vis du corps médical. S'agissant de sa capacité de travail, le généraliste de l'assuré attestait d'une totale incapacité de travail depuis 2011 ; selon la Dre AR\_\_\_\_\_, ses restrictions tenaient à ses douleurs chroniques et à sa demande de réparation provoquant un sentiment de blocage en l'absence de reconnaissance ; l'assuré ne voulait pas travailler avant qu'il y ait reconnaissance et réparation, et probablement qu'il ne pouvait travailler à cause de ses douleurs. L'activité habituelle n'était plus exigible. Des mesures médicales ne permettraient pas de réduire les limitations précitées.
35. Selon un avis médical du 12 janvier 2016 de la docteure AU\_\_\_\_\_ du SMR, commençant par un rappel de l'avis médical du SMR du 7 novembre 2014, il n'y avait pas d'aggravation durable de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychiatrique, en dépit de son hospitalisation en milieu psychiatrique en janvier 2015 pour un geste suicidaire, dont il apparaissait douteux – d'après les versions successives qu'il avait données de cet incendie, les doutes éprouvés par les psychiatres des HUG l'ayant suivi durant cette hospitalisation et l'appréciation de la psychiatre traitante – qu'il ait eu ce caractère. L'assuré présentait toujours un épisode de dépression moyen. Les conclusions du rapport final du SMR du 7 novembre 2014 restaient valables.
36. Le 25 janvier 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant toutes prestations de l'AI. Sa capacité de travail était nulle depuis le 28 juin 2011 dans son activité habituelle, mais, dans une activité adaptée, elle avait été de 50 % dès février 2012 puis de 100 % dès août 2012. En bonne santé, il exercerait une activité lucrative ; il avait le statut d'une personne active. La comparaison des

---

revenus qu'il fallait faire à l'échéance du délai d'attente, le 28 juin 2012, aboutissait, après réduction supplémentaire de 10 % sur le salaire annuel brut avec invalidité de 50 %, à une perte de gain de CHF 36'897.- (recte : CHF 40'156.-), correspondant à un degré d'invalidité de 58 %, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, début reporté au 2 septembre 2012 du fait du dépôt de la demande de prestations le 2 mars 2012. Cependant, dès août 2012, la perte de gain résultant de la comparaison des revenus était de CHF 39'800.- (recte : CHF 13'491.-), correspondant à un degré d'invalidité de 19 % (recte : 16 %). En conséquence, un degré d'invalidité de 19 % (recte : 16 %) n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité et des mesures professionnelles n'étant pas indiquées, l'assuré n'avait droit à aucune prestation de l'AI.

37. Par courrier du 29 février 2016, l'assuré a fait part de son objection à l'endroit de ce projet de décision, en s'appuyant sur les certificats de ses deux médecins traitants, selon lesquels il ne présentait aucune capacité de travail dans quelque activité adaptée que ce soit. Il ne pouvait réaliser aucun revenu d'invalidité, et avait donc droit à une rente entière d'invalidité. Si l'OAI le contestait, il lui fallait ordonner une expertise complémentaire psychiatrique et neurologique.

À teneur du certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 18 février 2016, l'assuré n'était plus apte à effectuer un quelconque travail. Son état de santé ne cessait de s'aggraver, en raison d'un syndrome douloureux chronique invalidant et aussi d'une dépression chronique sévère suivie par la Dre AR\_\_\_\_\_. Il n'était plus apte à travailler, dans n'importe quel métier, en raison de l'association de la dépression aux douleurs, d'autant plus qu'il était ralenti intellectuellement et diminué dans sa qualité de vie de manière importante ; ses idées noires persistaient.

Selon un certificat médical de la Dre AR\_\_\_\_\_ du 22 février 2016, l'état clinique de l'assuré s'était aggravé. Celui-ci se plaignait de douleurs intenses et invalidantes au niveau de l'épigastre, qui irradiaient dans la jambe droite. Il présentait également un énorme sentiment d'injustice vis-à-vis du corps médical, se disait impuissant pour faire valoir « l'erreur médicale » et demander réparation. Il présentait une thymie triste avec des idées noires. Lorsque son avocat lui avait annoncé la décision que l'OAI entendait prendre, il avait passé dans le cabinet de la Dre AR\_\_\_\_\_ sans rendez-vous pour lui confier son envie de sauter sous un train. Son généraliste lui donnait l'espoir d'une opération se pratiquant à l'étranger pour soulager ses douleurs, opération qui n'était possible financièrement que si l'AI reconnaissait son invalidité liée à l'opération chirurgicale ayant causé ses douleurs chroniques. Il vivait sur cet espoir, et ne supportait plus sa situation ni sur le plan physique ni sur le plan psychique. Sa capacité de travail restait nulle, même dans une activité adaptée. Il souffrait de douleurs chroniques et invalidantes associées à un gros sentiment d'injustice et un état de vengeance liés à son trouble dépressif chronique.

38. D'après un avis médical du 2 mai 2016 du docteur AV\_\_\_\_\_ du SMR, le certificat médical de la Dre AR\_\_\_\_\_ ne comportait pas de status détaillé et décrivait des éléments non médicaux, et celui du Dr D\_\_\_\_\_ faisait état d'une aggravation

---

d'état de santé sans description d'un status. Il n'y avait pas d'éléments médicaux objectivables étayant une modification de l'état de santé de l'assuré.

39. L'OAI a refusé à l'assuré toutes prestations de l'AI, par une décision du 12 mai 2016, reçue le 17 mai 2016, reprenant les motifs et conclusions de son projet de décision précité. L'assuré n'avait pas fait valoir d'éléments médicaux dans le cadre de la procédure d'audition.
40. Par acte daté du 16 mai 2014 (recte : 16 juin 2016), l'assuré a recouru contre cette décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales (cause A/2018/2016), en concluant à son annulation et à la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. Il y avait eu « atteinte du nerf vague, lésion ayant vraisemblablement provoqué une causalgie (dystrophie sympathique réflexe douloureuse régionale complexe, DSR/SDRC) engendrant de fortes douleurs touchant en particulier l'hémiabdomen droit avec des troubles sensitifs allant des orteils du pied droit et remontant jusqu'au thorax droit » ; sur ces douleurs s'était greffée une « pathologie du trouble somatoforme » ; et l'assuré souffrait d'une dépression devenue sévère. Il ne pouvait plus assumer un quelconque travail, pour une durée indéterminée. Son degré d'invalidité était de 100 %.
41. Par mémoire du 23 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours A/2018/2016. L'expertise pluridisciplinaire réalisée par le CEMed en 2014 (et non 2012, comme le mentionnait l'assuré) avait pleine valeur probante. L'expert psychiatre retenait une capacité de travail entière en l'absence de limitation fonctionnelle objectivable à ce niveau ; le diagnostic était un état dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique. Dans son rapport du 11 mai 2015, la psychiatre traitante avait estimé l'hypothèse d'un incendie accidentel plus plausible chez « un patient qui n'a(vait) jamais présenté des idées suicidaires et dont l'intensité de la dépression (était) moyenne » ; elle relevait que l'incapacité de travail était attestée par le généraliste. La lettre de sortie des HUG du 4 mars 2015 ne retenait qu'un état dépressif moyen, et évoquait une incertitude quant à l'intention suicidaire de l'assuré. Il ne ressortait d'aucun document médical que l'état dépressif de l'assuré serait sévère. Sur le plan somatique, les experts avaient retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et, selon le SMR, les éléments médicaux apportés ultérieurement ne rendaient pas objectivable une modification de son état de santé. L'ensemble des médecins s'entendaient sur les diagnostics retenus, la divergence ne portant que sur la capacité de travail. Il n'y avait pas matière à s'écarter de l'avis des experts. En matière de douleurs, les seules plaintes subjectives d'un assuré ne suffisaient pas à justifier une invalidité, entière ou partielle ; l'allégation de douleurs devait être confirmée par des observations médicales concluantes et être reportée à un diagnostic entrant dans une classification reconnue pour que l'examen du droit à des prestations sociales puisse se faire dans le respect de l'égalité de traitement ; les experts devaient apprécier la capacité résiduelle de travail sur la base de critères objectifs. Des mesures de réadaptation ne pouvaient être octroyées que si un assuré était objectivement et

subjectivement en état de les suivre avec succès ; un assuré qui, comme le recourant, s'estimait totalement incapable de travailler ne remplissait pas la condition subjective d'octroi de telles mesures.

42. Par réplique du 19 août 2016 dans la cause A/2018/2016, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Dans la mesure où il souffrait invariablement de douleurs invalidantes au niveau de l'épigastre, irradiant dans la jambe droite, et où ces douleurs ne s'expliquaient par les étirements avérés des nerfs intercostaux T9 et T10 et la dénervation dans le muscle droit abdominal, une investigation plus approfondie devait être mise en place dans le cadre de la procédure A/1396/2014 contre la SUVA. S'agissant de l'état de santé psychique de l'assuré et d'un éventuel trouble de la lignée somatoforme, une nouvelle expertise psychiatrique se justifiait, l'expertise du CEMed remontant à 2014 et l'état de santé psychique de l'assuré s'étant dégradé.
43. Par duplique du 6 septembre 2016, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours A/2018/2016. Les éléments médicaux apportés postérieurement à l'expertise du CEMed n'avaient pas objectivé d'aggravation de l'état de santé de l'assuré pouvant avoir des répercussions sur sa capacité de travail, et ils ne remettaient pas en cause la valeur probante de ladite expertise, pas plus que le simple écoulement du temps. L'expertise du CEMed avait comporté un volet neurologique, dans le cadre duquel des limitations fonctionnelles avaient été retenues en lien avec l'atteinte des nerfs intercostaux. Sur le plan psychiatrique, il n'avait pas été retenu de trouble somatoforme douloureux ou de pathologie apparentée, mais un trouble dépressif d'intensité moyenne chronique. En tout état, le fait de poser un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne justifiait pas la mise en place d'une expertise psychiatrique.
44. Dans des observations du 25 octobre 2016, l'assuré a estimé très sommaire le volet psychiatrique de l'expertise du CEMed du 12 août 2014, notamment sur la question de l'existence d'un trouble de la lignée somatoforme ou d'un trouble assimilé. Il avait des douleurs persistantes et intenses, qui étaient accompagnées d'un sentiment de détresse. Les causes de ces douleurs n'étaient pas claires ; il n'avait pas été établi si un déficit organique en expliquait l'intensité et l'étendue. Les experts avaient nié que ses limitations liées à l'exercice d'une activité résultassent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Une nouvelle expertise psychiatrique devait être ordonnée.
45. Le 28 octobre 2016, la chambre des assurances sociales a invité l'OAI à se pencher sur les indications chiffrées figurant dans sa décision attaquée du 12 mai 2016 (comme d'ailleurs dans le projet de décision du 25 janvier 2016), dès lors que, sur les bases qu'il avait retenues quant aux revenus avec et sans invalidité, elles apparaissaient comporter des mentions erronées, et ce même si cela n'avait le cas échéant pas d'incidence sur le refus d'octroi de toute prestation de l'AI.

46. Par courrier du 8 novembre 2016, l'OAI a indiqué à la chambre des assurances sociales que les indications chiffrées en question étaient effectivement erronées, et qu'ainsi la perte de gain pour la première comparaison des revenus effectuée était de CHF 40'156.- (et non de CHF 36'896.-, comme résultant d'une erreur de plume), et que pour la seconde comparaison des revenus effectuée, elle était de CHF 58'659.-, avec l'effet que le degré d'invalidité était de 16 %.
47. Le 22 novembre 2016, l'assuré a indiqué à la chambre des assurances sociales n'avoir pas de remarques à formuler concernant l'arithmétique du calcul du taux d'invalidité, les corrections apportées étant correctes.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

Déposé le 16 juin 2016 contre une décision reçue le 17 mai 2016, le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA).

- c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.
2. La décision attaquée, définissant l'objet possible du recours formé à son encontre, nie le droit du recourant à toutes prestations de l'AI, en particulier à une rente (entière) d'invalidité. Le recourant n'avance aucun grief à l'encontre du refus que comporte la décision attaquée de lui octroyer, fût-ce subsidiairement, des mesures de réadaptation.
3. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en

---

particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – 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 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5d). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

- 
4. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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]).

S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue le 27 février 2012 et que, de façon non contestée, le droit revendiqué à une rente d'invalidité ne peut avoir pris naissance au plus tôt avant l'échéance d'un délai de six mois à compter de cette date (art. 29 al. 1 LAI), il s'agit en l'espèce du droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision] et 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision], entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

S'agissant des dispositions de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

---

exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

c. 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss).

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

d. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé.

d/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

d/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est

---

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

d/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire 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 351 consid. 3b/aa et les références).

6. a. En l'espèce, le recourant s'estime pleinement incapable de travailler dans quelque activité lucrative que ce soit, et donc être, comme actif, invalide à 100 %, en raison d'atteintes portées à sa santé physique lors de la lobectomie associée à une cholécystectomie qu'il a subie aux HUG le 29 juillet 2011 et des répercussions que les douleurs quasi continues, intenses et persistantes en étant résulté ont sur sa santé psychique.

Réfutant les conclusions des experts l'ayant examiné, suivies par l'intimé, il requiert qu'une expertise soit ordonnée, portant – dans le cadre de la présente procédure en matière d'AI – sur le volet psychiatrique de son cas, mais aussi – faut-il comprendre nonobstant l'amalgame qu'il fait entre les deux procédures qu'il mène devant la chambre de céans (cf. réplique du 19 août 2016, p. 1 ch. 1), soit en matière d'assurance-accidents (cause A/1396/2014) et d'AI (cause A/2018/2016) – sur le volet somatique, plus précisément neurologique.

---

b. Comme lui-même l'avait relevé en septembre 2013 pour s'opposer, sur conseil de son médecin traitant, à l'expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie que l'intimé entendait réaliser et a réalisé, le recourant a été ausculté et entendu par de nombreux médecins, des « spécialistes de haut niveau dans toutes les spécialités considérées », et de nombreux examens, cliniques et d'imagerie (IRM, ENMG) ont été effectués. Il sied de citer ici l'échographie du 17 août 2011, le scanner abdominal du 1<sup>er</sup> septembre 2011, les examens pratiqués lors de son hospitalisation du 7 au 10 septembre 2011 dans le service de chirurgie viscérale des HUG, la gastroscopie du 22 septembre 2011 (suivie d'une consultation chez le Dr R\_\_\_\_\_), l'examen radiologique du 12 octobre 2011, le transit oesogastroduodéal en double contraste du 14 novembre 2011, l'avis recueilli auprès du Dr U\_\_\_\_\_, l'examen de manométrie du 23 mars 2012, la cholangio-IRM du 30 mars 2012, les consultations ambulatoires des 23 avril et 7 mai 2012 au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (et le rapport dudit Centre du 5 juin 2012, ainsi que le rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 6 juin 2012), l'étude multidisciplinaire de son cas effectuée lors de son hospitalisation du 6 au 7 juin 2012 aux HUG, le scanner de la colonne du 18 décembre 2012, la consultation du Prof. AH\_\_\_\_\_ et du Dr AI\_\_\_\_\_ en janvier 2013, les consultations, au printemps 2013, du Centre d'antalgie du CHUV (en particulier des Drs AK\_\_\_\_\_ et AL\_\_\_\_\_), l'appréciation médicale du 10 décembre 2013 du Dr AP\_\_\_\_\_ (dans la procédure en matière d'assurance-accidents), le rapport d'expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie du CEMed du 12 août 2014, le rapport établi le 4 mars 2015 par les psychiatres à la suite de son hospitalisation de janvier 2015 en unité psychiatrique, en plus des avis médicaux de ses médecins traitants, les Drs D\_\_\_\_\_ et AR\_\_\_\_\_, et des médecins du SMR.

Sans doute la question d'ordonner ou non une expertise ne dépend-elle pas du nombre des rapports et avis médicaux figurant au dossier. L'important est de déterminer si et/ou lesquels ont force probante.

c. Sur le plan somatique, en particulier de médecine interne et neurologique, le rapport d'expertise du CEMed satisfait, d'un point de vue formel, aux exigences jurisprudentielles concernant de tels rapports. Il émane de spécialistes des disciplines médicales pertinentes, se fonde sur des examens du recourant effectués par les experts eux-mêmes ainsi que sur l'étude d'un dossier apparaissant complet, comporte les données anamnestiques pertinentes (médicales, personnelles, familiales, socioprofessionnelles), tient compte des plaintes du recourant, établi le status du recourant, discute le cas et contient des conclusions.

D'un point de vue matériel, les constats et conclusions des experts paraissent échapper à toute critique, quand bien même le médecin traitant émet une appréciation différente des conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant.

c/aa. D'après le rapport d'expertise, sur le plan de la médecine interne, l'examen était rigoureusement normal, en dehors de douleurs au niveau de l'hypochondre droit à l'examen clinique, douleurs qui n'étaient pas en relation avec une pathologie évidente ; le problème du kyste hydatique pouvait être considéré comme terminé, avec une évolution satisfaisante et sans caractère incapacitant. Sur le plan neurologique, l'examen permettait de retrouver une zone d'hypoesthésie maximale au niveau D9-D10 droit, semblant se poursuivre de façon atypique au niveau abdominal inférieur droit et le long de l'ensemble du membre inférieur droit ; l'explication la plus probable de ces troubles était un étirement des nerfs intercostaux D9 et D10 lors de l'intervention chirurgicale, phénomène sur lequel se surajoutaient très vraisemblablement des facteurs psychologiques expliquant l'extension actuelle des troubles sensitifs ainsi que la réponse médiocre aux différents traitements antalgiques effectués jusqu'ici, à poursuivre. La capacité de travail de l'assuré s'en trouvait affectée, en ce sens que celui-ci présentait une incapacité de travail complète dans l'activité de nettoyeur (étant donné les constatations effectuées, l'échec de différents traitements et le fait que l'activité considérée soit physiquement relativement lourde) ; mais dans une activité légère se déroulant essentiellement en position assise, ne nécessitant pas le port régulier de charge de plus de 10 à 15 kg et autorisant des changements occasionnels de position assise/debout, le recourant pouvait avoir une activité professionnelle à plein temps avec un rendement de 100 %.

c/bb. Le diagnostic posé par les experts n'est pas contredit par les avis d'autres médecins s'étant exprimés dans ce dossier, pas même par le médecin traitant. En effet, contrairement à l'interprétation que le recourant a donnée à la simple hypothèse d'une atteinte vagale émise par le Dr U\_\_\_\_\_ le 13 janvier 2012, les nombreuses investigations menées, que ce soit par des examens cliniques ou par l'imagerie (IRM, ENMG), n'ont nullement démontré que des nerfs et en particulier le nerf vague ont été sectionnés au cours de l'intervention chirurgicale du 29 juillet 2011. Cette hypothèse a même été exclue lors du colloque multidisciplinaire du 6 juin 2012 aux HUG. De son côté, reprenant à son compte l'avis du Dr AI\_\_\_\_\_ fondé sur un ENMG, le Prof. AH\_\_\_\_\_ a retenu, en janvier 2013, une (probable) neuropathie par étirement du nerf intercostal au niveau T9 et, dans une moindre mesure, au niveau T10. Cet avis a été repris par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (cf. rapports des 5 et 6 juin 2012) et ceux du Centre d'antalgie du CHUV (cf. courrier du Dr AK\_\_\_\_\_ du 26 mars 2013).

d. S'agissant du volet psychiatrique – sous réserve de la question abordée plus loin de troubles somatoformes douloureux –, le rapport d'expertise du CEMed répond également aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître force probante, tant formellement que matériellement.

d/aa. D'après ledit rapport d'expertise, il persistait un épisode dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique, qui prenait une allure chronique et était

---

réactionnel aux douleurs chroniques ; il y avait ainsi une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un épisode dépressif moyen chronique persistant depuis un an et demi et ne répondant pas au traitement de Cymbalta 120 mg/j, le seul antidépresseur à avoir été essayé et maintenu sans changement depuis plus d'un an, alors que les possibilités thérapeutiques n'étaient de loin pas épuisées. Le recourant n'était pas replié socialement, n'avait pas de traits pathologiques de caractère, ni ralentissement psychomoteur, ni troubles cognitifs patents, mais une pensée fixée sur les douleurs chroniques et leur répercussion désastreuse sur le quotidien ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles objectivables au niveau psychiatrique.

d/bb. Les autres psychiatres s'étant prononcés dans ce dossier ne contredisent pas les conclusions de l'expert psychiatre, sauf la psychiatre traitante s'agissant des répercussions sur la capacité de travail, dans une mesure s'expliquant assez manifestement par sa qualité de médecin traitant, lié à son patient par un lien de confiance. Le diagnostic posé par le Dr AC\_\_\_\_\_, en juin 2012, était celui d'épisode dépressif moyen, dont la symptomatologie était réactionnelle aux douleurs post-opératoires. La Dre AR\_\_\_\_\_ n'a pas posé un autre diagnostic dans son rapport médical du 11 mai 2015, qui confirme et souligne que le recourant est captif, psychiquement, d'un fort sentiment d'injustice et d'un intense besoin de reconnaissance et de réparation à l'endroit du corps médical (cf. aussi son rapport du 22 février 2016). .

e. À ce stade – et sous la réserve déjà annoncée de la question de troubles somatoformes douloureux –, la chambre de céans estime qu'il n'y a pas matière à ordonner une expertise judiciaire, compte tenu de la force probante du rapport d'expertise du CEMed, et que l'appréciation desdits experts doit être suivie. Sur le plan somatique, dont la frange est difficile à distinguer du volet psychiatrique, les limitations résultant des douleurs que ressent le recourant n'apparaissent effectivement pas compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle physiquement lourde, nécessitant le port régulier de charges de plus de 10 à 15 kg et impliquant d'être le plus souvent debout et en mouvement. Par ailleurs, pris pour lui-même, l'épisode dépressif moyen chronique du recourant n'engendre pas de limitations spécifiques à l'exercice d'une activité professionnelle. Les avis contraires émis par les deux médecins traitants du recourant sur la capacité de travail de ce dernier, respectivement les 18 et 22 février 2016, n'emportent pas conviction.

Aussi les conclusions que l'intimé a tiré dudit rapport d'expertise, et plus généralement du dossier, de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pourrait-elle être partagée et le recours être rejeté, étant précisé qu'il n'y a pas de critique à émettre (ni d'ailleurs de critique émise par le recourant) quant au fait qu'une telle activité adaptée peut et doit en l'espèce être déterminée par référence au tableau TA1, tous secteurs confondus, de niveau 4 (activités simples et répétitives) de l'ESS 2012, sans préjudice de l'abattement de 10 % retenu par l'intimé, et qu'au surplus, après correction des erreurs de calcul –

---

admissibles par l'intimé – affectant les comparaisons des revenus avec et sans invalidité figurant dans la décision attaquée, le degré d'invalidité finalement pertinent (dès septembre 2012, compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations de l'AI et du délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI) serait de 16 %, ce qui n'ouvrirait un droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel.

7. a. Il reste toutefois à examiner le grief du recourant dont l'intimé n'a pas tenu compte, alors qu'il le faudrait, d'un trouble somatoforme douloureux pleinement incapacitant. Préalablement, il sied d'exposer le cadre juridique de cette pathologie.
- b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 5), à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées.

Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 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, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations

fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss).

c. Or, selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs),

si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

d. La nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est le cas échéant applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée (ATAS/364/2016 du 10 mai 2016 consid. 10c).

8. a. En l'espèce, la notion de douleur imprègne le dossier. En effet, dès les lendemains de la lobectomie associée à une cholécystectomie du 29 juillet 2011 aux HUG, le recourant s'est plaint de douleurs, au point que diverses investigations ont été entreprises, en particulier une échographie le 17 août 2011, un scanner abdominal le 1<sup>er</sup> septembre 2011, une hospitalisation dans le service de chirurgie viscérale des HUG du 7 au 10 septembre 2011, un examen radiologique le 12 octobre 2011, un transit oeso-gastroduodéal en double contraste le 14 novembre 2011, puis d'autres examens en 2012. De nombreux médecins ont été consultés, dont des chirurgiens puis/et des psychiatres, des équipes pluridisciplinaires, aux HUG, au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, à l'Hôpital du Valais, au Centre d'antalgie du CHUV, avant qu'une expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie ne soit ordonnée par l'intimé. Le recourant a continué à se plaindre de douleurs auprès des experts du CEMed, en 2014, auprès des psychiatres l'ayant suivi en unité psychiatrique des HUG, en 2015, et encore et toujours auprès de ses médecins traitants, encore en 2016.

Si, au début, déjà sans pouvoir les objectiver véritablement, les médecins ont attribué lesdites douleurs « probablement » à la chirurgie et à l'hypertrophie cicatricielle (cf. lettre de sortie des HUG du 4 octobre 2011), ils sont devenus par la suite perplexes devant la difficulté « d'identifier une cause à l'ensemble des manifestations présentées » par le recourant, au point d'envisager, à titre d'hypothèse, une atteinte vagale (courrier du 13 janvier 2012 du Dr U\_\_\_\_\_), qui sera exclue ultérieurement (lettre de sortie des HUG du 8 juin 2012) mais qui n'en aura pas moins conforté le recourant dans sa conviction d'être victime d'une erreur médicale. Ses douleurs post-opératoires ont alors été qualifiées comme étant « d'origine peu claire et probablement mixte », physique et psychique, la persistance d'un petit hématome visualisé à l'IRM ne pouvant les expliquer (lettre de sortie des HUG du 8 juin 2012). Elles ont ensuite trouvé une explication partielle la plus vraisemblable dans une neuropathie intercostale T9 droite péri-opératoire sur probable étirement du nerf intercostal T9 et dans une moindre mesure au niveau T10 (rapports des 22 et 23 janvier 2013 respectivement des Drs AH\_\_\_\_\_ et AI\_\_\_\_\_, courrier du 26 mars 2013 du Dr AK\_\_\_\_\_), cause qui a été reprise par

---

les experts du CEMed, non sans qu'apparaisse et ne soit retenu que lesdites douleurs ont persisté et se sont accrues au fur et à mesure que le recourant a acquis la conviction d'avoir été victime d'une erreur médicale, ayant engendré en lui un fort sentiment d'injustice et un intense besoin de reconnaissance et de réparation et ayant provoqué une symptomatologie dépressive (comme l'ont relevé notamment les médecins ayant participé au colloque multidisciplinaire du 6 juin 2012, les experts du CEMed dans leur rapport du 12 août 2014, les psychiatres ayant suivi le recourant lors de son hospitalisation de janvier 2015).

Il sied de souligner qu'aucun des médecins consultés n'a prétendu ni même laissé entendre que les douleurs considérées seraient feintes par le recourant.

b. Le Dr D\_\_\_\_\_ a été le premier à évoquer un syndrome douloureux chronique (lettre du 3 août 2012 au Centre d'antalgie du CHUV). De son côté, l'intimé a libellé son mandat d'expertise au CEMed en envisageant l'hypothèse qu'il y ait un « trouble de la lignée somatoforme ou un trouble assimilé », en prévoyant, sous la question 6, une série de sous-questions spécifiques à cette hypothèse, destinées à établir, au regard des critères jurisprudentiels alors suivis, si la présomption que le recourant pouvait surmonter le handicap lié à ses douleurs par un effort de volonté exigible était, exceptionnellement, renversée.

Il sied de rappeler que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10<sup>ème</sup> révision [CIM-10], ad F45.50 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285).

Dans le contexte susdécrit, il apparaît frappant et insatisfaisant que les experts n'ont pas discuté le point de savoir si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être posé ou non, ni a fortiori ne se sont pas prononcés explicitement à ce propos. Contrairement à ce que l'intimé soutient dans sa duplique, on ne saurait cependant considérer que les experts n'ont pas retenu un tel trouble, dans la mesure où ils ont répondu à cinq des six sous-questions posées sous la question 6, ce qui suppose normalement qu'une réponse affirmative soit apportée à la question liminaire de l'existence d'un trouble de la lignée somatoforme ou d'un trouble assimilé. Certes, au titre des diagnostics, ils n'ont pas fait état d'un tel trouble, mais ont mentionné un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique (F32.10). Or, selon la jurisprudence fondée sur la doctrine médicale, les états dépressifs (en particulier un épisode dépressif moyen) constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, dont ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic distinct (Michel VALTERIO, op. cit. n. 1205, notes de bas de page 1457 et 1458 faisant référence respectivement à l'ATF 130 V 352

---

consid. 3.3.1 in fine p. 356 et aux arrêts I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.2 et 8C\_930/2008 du 24 avril 2009).

La chambre de céans retient à ce stade que le rapport d'expertise du CEMed est lacunaire sur la question du diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux.

c. Cette faille ne saurait être colmatée par la considération que les experts d'une part ont qualifié de non invalidant l'épisode dépressif d'intensité moyenne chronique du recourant (en le citant sous la rubrique des « maladies sans répercussion sur la capacité de travail »), et d'autre part, dans trois de leurs réponses aux sous-questions considérées, ont fourni des éléments de réponse allant dans le sens de la négation d'un caractère invalidant d'un (éventuel ?) trouble somatoforme douloureux (en particulier l'absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec d'un traitement antidépresseur maintenu sans changement durant plus d'un an alors que les possibilités thérapeutiques n'étaient de loin pas épuisées, et – à vrai dire étonnamment au vu du dossier – l'absence d'état psychique cristallisé).

Il faut en effet relever, à l'inverse, que les experts ont relevé une comorbidité psychiatrique (précisément un épisode dépressif moyen chronique persistant depuis alors un an et demi), une chronicisation dudit épisode dépressif moyen, sa résistance durable du moins à un traitement antidépresseur et l'absence d'exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, à savoir des éléments tendant à plaider, à l'époque, en faveur d'un renversement de la présomption du caractère surmontable du trouble par un effort de volonté.

Par ailleurs et surtout, il appert que les experts, en 2014, se sont prononcés au regard d'une présomption et de critères qui n'ont aujourd'hui plus cours, et qu'il en va en réalité de même de l'intimé, même s'il a rendu la décision attaquée (et antérieurement son projet de décision) en 2016, donc après le changement de jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et pathologies assimilées.

Or, en plus qu'il n'indique pas clairement si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est posé (ainsi que des éléments du dossier tendent à laisser penser que tel devrait être le cas) ou écarté (ce qui devrait résulter d'une discussion convaincante), le rapport d'expertise ne contient pas – et, plus généralement, le dossier non plus – suffisamment d'éléments permettant d'analyser l'exigibilité d'une réintégration dans le processus de travail au regard des indicateurs énoncés par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence. Il sied ici de souligner que la comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, qu'il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes, qu'un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut constituer un facteur d'affaiblissement des ressources de l'assuré, qu'il faut recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

d. Aussi la chambre de céans retient-elle qu'une expertise psychiatrique doit être effectuée pour déterminer si le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux et si ce dernier est ou non incapacitant, dans l'affirmative dans quelle mesure.

Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour un complément d'instruction est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point d'une expertise administrative ou de demander un complément à des experts, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b).

Un renvoi de la cause suppose l'annulation de la décision attaquée.

9. a. Le recours sera donc partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.
- b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> phr. 2 in fine LAI).
- c. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 12 mai 2016.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Monsieur A\_\_\_\_\_ une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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