RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1825/2019 **ATAS/570/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 7 juin 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK

EN FAIT

1. Monsieur A_____(ci-après : l'assuré), né en _____ 1970, de nationalité espagnole, a déposé en septembre 2007 une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant une douleur au thorax persistante ainsi que des crises de panique et des angoisses.

   Ont été versés au dossier :

   - un rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 23 août 2006, concluant à un état anxiodépressif avec trouble panique grave et somatisation ;
   - un rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, du 29 septembre 2006, concluant à un trouble panique évoluant vers un probable trouble de nature somatoforme, à une agoraphobie avec trouble panique, à un trouble hypochondriaque et à une personnalité évitante ;
   - un rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 10 novembre 2007, concluant à un état dépressivo-anxieux avec crises de panique et somatisation depuis mai 2006 ; le médecin faisait mention de symptômes douloureux atypiques avec crises de panique massives et consultations régulières en catastrophe dans tous les services d'urgences ; il faisait état d'un isolement social progressif, d'une agoraphobie et d'une prise en charge très difficile, malgré un suivi psychiatrique strict par le docteur C_____ et des ajustements thérapeutiques réguliers ; selon lui, l'assuré ne pouvait travailler qu'à 50% ; il préconisait de poursuivre la thérapie médicamenteuse et comportementale et suggérait un travail « léger avec des gens compréhensifs », description à laquelle correspondait l'activité habituelle ; le médecin précisait encore que les limitations fonctionnelles n'étaient pas physiques ;
   - un avis du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) du 16 novembre 2007 notant une incapacité de travail totale à compter du 3 mai 2006, réduite à 50% le 10 septembre 2007, l'existence de diverses tentatives infructueuses de reprise à 100% entre 2006 et 2007, d'une prise en charge psychiatrique avec thérapie cognitivo-comportementale et traitements anxiolytique et antidépresseur ;
   - un courrier adressé le 12 février 2008 à l'OAI par le Dr C_____ expliquant que l'assuré l'avait consulté d'abord pour un trouble panique avec agoraphobie, problématique anxieuse associée depuis le début à une tendance à la somatisation, désormais prédominante, se rapprochant d'un trouble hypochondriaque, voire d'un syndrome somatoforme douloureux, à l'origine d'arrêts de travail fréquents, mais ne justifiant à son avis ni une incapacité de gain, ni une réadaptation professionnelle ;

- un avis du SMR du 18 juillet 2008 indiquant que si l'assuré souffrait d'un trouble hypochondriaque assimilable à un syndrome somatoforme douloureux, celui-ci ne pouvait être reconnu comme invalidant, puisque le psychiatre traitant ne le reconnaissait pas comme tel, d'une part, et qu'il n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique invalidante en elle-même, d'autre part.

2. Par décision 15 septembre 2008, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, vu l'absence d'atteinte à la santé psychique invalidante.

3. Une seconde demande de prestations a été déposée en janvier 2012 sur laquelle l'OAI a refusé, par décision du 19 juin 2012, d'entrer en matière, vu l'absence d'éléments permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

4. Une troisième demande de prestations a été déposée en octobre 2016.

   Ont alors été versés au dossier, notamment :

   - un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie des nerfs périphériques, du 22 septembre 2016, indiquant qu'une neurolyse et une résection des 3ème et 4ème nerfs intercostaux avaient été pratiquées ; la première intervention avait soulagé l'assuré durant six mois avant une recrudescence des douleurs ayant conduit à une deuxième intervention en 2014, sans aucune amélioration significative ; un « bloc diagnostic sous ultrasons » avait été pratiqué en septembre 2016, qui avait amené à une résolution des douleurs au niveau intercostal (3 et 4) ;

   - un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dorsale du 26 septembre 2016 concluant à une très légère discopathie D10-D11 sans conflit discoradiculaire, à une discrète arthrose costovertébrale prédominant en D3 et D4 à gauche et à l'absence par ailleurs d'anomalie notable ;

   - un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, du 10 octobre 2016, expliquant que le patient lui avait été adressé pour une névralgie intercostale gauche apparue une dizaine d'années plus tôt, qu'il avait bénéficié d'une neurolyse des 3ème et 4ème nerfs intercostaux en 2012 - qui lui avait offert un répit de six mois -, suivie en 2014 d'une reprise des douleurs sans amélioration significative ; s'en étaient suivies plusieurs reprises par injection de Phénol aqueux sans obtenir de résultat durable ; les 2ème, 3ème et 4ème nerfs intercostaux avaient finalement été bloqués (c'est-à-dire anesthésiés), manœuvre à la suite de laquelle le Dr E_____ se déclarait convaincu que la douleur pariétale relevait principalement des 3ème et 4ème nerfs ; il envisageait une rhizotomie par thermo-coagulation des 3ème et 4ème ganglions rachidiens dorsaux ;

   - un rapport de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine générale, du 28 février 2017, concluant à des vertiges importants, à des douleurs costales persistantes et à une hernie inguinale droite opérée le 30 mai 2016.

5. Par décision du 15 mai 2017, l'OAI a nié tout droit aux prestations à l'assuré au motif que s'il y avait effectivement eu plusieurs incapacités de travail de courte durée, il n'y avait en revanche pas d'incapacité durable (une mesure d'intervention précoce avait permis le maintien au poste de travail).

6. Une quatrième demande de prestations a été déposée en février 2018.

   Ont été versés au dossier, notamment :

   - un courrier du Dr E_____ du 13 avril 2017 indiquant que l'assuré est suivi à la consultation de la douleur depuis 2012 pour une névralgie intercostale Th3-Th4 gauche, qu'il a bénéficié d'une neurolyse chirurgicale en mai 2012, suivie d'une nette amélioration durant six mois, qu'une seconde intervention a suivi en août 2014, qui n'a pas eu le même résultat, que l'intéressé est traité depuis lors par antalgie per os, qu'aucun traitement médicamenteux n'a permis d'obtenir un soulagement satisfaisant, qu'en décembre 2016, a été pratiquée une neurolyse par thermo-coagulation des ganglions Th3 et Th4 gauche sans amélioration notable, répétée le 28 mars 2017 ;

   - un courrier du docteur G_____, du 3 novembre 2017, du centre antidouleur, expliquant que l'assuré décrit depuis l'âge de 25 ans des symptômes compatibles avec une névralgie intercostale, sans cause claire, qu'il a consulté de nombreux médecins, qu'a été observé à l'examen un territoire hypoesthésique correspondant aux nerfs intercostaux brachiales à gauche, mais également une hypoesthésie autour de l'incision thoracique, qu'une possible stimulation médullaire a été discutée et qu'une implantation test a eu lieu le 15 septembre 2017 ; une très bonne couverture de la zone douloureuse a été trouvée, avec une très nette diminution des douleurs déjà sur la table d'opération, raison pour laquelle le patient a été inclus dans une période test de trois semaines avec un stimulateur externe ; durant cette période, les douleurs ont été bien maîtrisées, ce qui a conduit à l'implantation d'un stimulateur le 27 octobre 2017 ; le contrôle effectué quatre jours plus tard a montré que la stimulation fonctionnait bien ;

   - un courrier du Dr G_____ du 9 avril 2018 indiquant avoir branché une nouvelle sonde de stimulation le 5 avril 2018, ce qui avait permis le redémarrage de la stimulation et une bonne couverture de la zone douloureuse ;

   - un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatismale, du 27 mai 2018, indiquant n'avoir pas trouvé d'anomalie ostéo-articulaire aux niveaux des épaules et poignets ; les investigations complémentaires étaient normales, comme les résultats du bilan effectué ; il n'y avait pas d'évidence d'une maladie rhumatismale inflammatoire chez le patient ;

   - un rapport du Dr E_____ du 13 août 2018 faisant état d'une aggravation de l'état de son patient (douleurs thoraciques gauche et aux poignets) ;

- un rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie (ENMG), du 22 mai 2018, indiquant que l'examen montrait toujours des signes en faveur d'une très discrète neuropathie bilatérale des nerfs médians dans le canal carpien ne correspondant pas à une aggravation de l'atteinte ;
- une expertise du 31 août 2018 du docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, à l'attention de l'assureur perte de gain, expliquant que la douleur avait été considérée comme étant de nature neuropathique, raison pour laquelle des interventions chirurgicales avaient été effectuées ; les plaintes étaient caractérisées par un syndrome douloureux décrit comme extrêmement sévère, constant, non modulable, concernant la région thoracique antérieure gauche, le membre supérieur gauche, la nuque, et, depuis l'intervention de 2014, les mains ; l'assuré était lui-même décrit comme adéquat, non revendicateur, collaborant, sans comportement douloureux exagéré, convaincant ; l'examen neurologique permettait de mettre en évidence une altération de la sensibilité correspondant au territoire Th3-Th4, une discrète atteinte de la sensibilité de l'hémitronc gauche et du membre inférieur gauche non explicable par une atteinte somatique et, pour le reste, un status neurologique normal ; sur le plan neuroradiologique, l'examen était normal, sans aucun argument en faveur d'une éventuelle pathologie myélo-radiculaire à l'origine des douleurs thoraciques ; l'expert concluait à l'absence d'éléments objectifs somatiques expliquant les plaintes de l'assuré ; le diagnostic de névralgie intercostale était écarté au vu de l'étendue du symptôme douloureux, dépassant de très loin le territoire d'un ou deux nerfs intercostaux ; qui plus est, les douleurs ne revêtaient pas les caractéristiques d'une douleur neuropathique ; il n'y avait pas de véritable incohérence dans les dires du patient, mais, objectivement, il paraissait peu souffrant et plutôt détendu, en bon état général, malgré l'importance du syndrome douloureux allégué ; il s'agissait dès lors essentiellement d'un tableau subjectif, douloureux, sans substrat organique documenté et ce, malgré de très nombreux bilans ; il n'y avait donc pas de diagnostic à retenir d'un point de vue organique, pas plus que de limitations fonctionnelles ; l'expert préconisait de demander un avis psychiatrique, bien qu'apparemment, l'assuré n'ait aucune plainte à caractère psychique ; en définitive, l'expert a conclu à un syndrome douloureux chronique thoracique, cervicobrachial gauche, intéressant également les deux mains, d'origine indéterminée ; la capacité de travail était de 100% dans toute activité, sous réserve des résultats de l'appréciation psychiatrique ;
- un avis du SMR du 22 novembre 2018 préconisant d'interroger le psychiatre de l'assuré ;
- les réponses de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, du 14 décembre 2018, concluant à un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, suite à une atteinte somatique ayant conduit à cinq interventions chirurgicales et à une décompensation anxiodépressive ; selon ce médecin, l'assuré ne pouvait

plus fonctionner sur le plan des activités quotidiennes, avec une répercussion massive sur les activités de ménage, les loisirs et les activités sociales ; il disposait néanmoins d'une bonne aptitude à la communication et la compliance était bonne, ainsi que la motivation à aller mieux ; il s'agissait dès lors, selon le psychiatre, avant tout d'un problème somatique, le trouble anxieux et dépressif n'ayant pas d'impact sur la capacité de travail ; celle-ci était en fonction des douleurs, la répercussion psychologique lui était secondaire ; l'incapacité n'était pas en lien direct avec le problème psychologique ; il n'y avait pas d'incapacité sur le plan psychiatrique ;

- un avis du SMR du 11 janvier 2019 concluant à l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

7. Le 14 janvier 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante.

8. Le 6 février 2019, l'assuré s'y est opposé en alléguant que, selon ses médecins, son incapacité de travail était totale.

9. Par décision du 28 mars 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

   L'OAI a très brièvement motivé sa décision par le fait qu'il ne pouvait retenir l'existence d'une atteinte à la santé invalidante.

10. Par écriture du 13 mai 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente.

    En substance, il allègue qu'il souffre bel et bien d'une atteinte à la santé importante qui le limite tant dans l'exercice de son activité habituelle que dans toute autre.

    À l'appui de ses dires, le recourant produit, notamment :

    - un courrier du Dr G_____ du 9 avril 2018 expliquant avoir branché une sonde de stimulation le 2 février 2018, qui a permis une bonne couverture de la zone douloureuse ;

    - un rapport d'entretien de service avec la direction des ressources humaines de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) du 12 juillet 2018, dont il ressort que l'assuré a été engagé en contrat de durée indéterminée en mai 2003 en qualité de chauffeur-livreur magasinier à 100%, qu'il a cumulé 2'629 jours d'absence en l'espace de 15 ans (ce qui représente une moyenne de 175 jours/an et un total de 7,2 ans sur les 15 ans passés à l'IMAD) et que l'intéressé a subi plusieurs interventions chirurgicales ayant également entraîné des arrêts supplémentaires conséquents ; à l'issue de l'entretien, l'assuré a indiqué ne plus se sentir capable de reprendre une activité professionnelle ;

    - un bref certificat rédigé le 4 février 2019 par le Dr E_____, certifiant que son patient est suivi à la consultation de la douleur depuis le 14 février 2012 pour une douleur thoracique gauche chronique et qu'en dépit des traitements

chirurgicaux et minimalement invasifs réalisés, les douleurs persistent aux niveaux du thorax et des deux mains, ce qui rend impossible la reprise de son activité de magasinier ; la capacité de travail est évaluée à 0% et il est fait état d'une aggravation des symptômes au cours de la dernière année.

11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 juin 2019, a conclu au rejet du recours.

    L'intimé se réfère à l'expertise neurologique du Dr J_____, qui retenait un excellent pronostic d'un point de vue neurologique et ne mettait en évidence aucun substrat somatique.

    Il souligne avoir interrogé le psychiatre traitant, qui a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante.

    Il en tire la conclusion que c'est à bon droit qu'il a retenu l'absence d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

12. Dans sa réplique du 19 août 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

    Il répète qu'il souffre d'une atteinte à sa santé attestée par ses médecins, qu'une affection d'une telle nature et d'une telle ampleur est propre à causer des limitations importantes, tant sur le plan personnel que professionnel, que le Dr E_____ atteste qu'il souffre toujours de douleurs invalidantes au niveau du thorax et des mains qui rendent impossible la reprise de son activité professionnelle de magasinier, qu'au surplus la Dresse K_____ a confirmé l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, trouble anxieux et dépressif. Le recourant en tire la conclusion que l'intimé a minimisé sa situation et son impact sur sa capacité de travail.

    Il relève au surplus que, dans le 22 novembre 2018, le SMR a admis une aggravation de son état de santé.

13. Dans sa duplique du 20 septembre 2019, l'intimé a campé sur sa position.

    Il considère que l'expertise du Dr J_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, que le recourant ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de cette expertise neurologique, que contrairement à ce qu'il allègue, le rapport de son psychiatre traitant a été pris en compte par le SMR et que le psychiatre ne retient aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

14. Informées par la Cour de céans qu'elle entendait mettre sur pied une expertise, les parties se sont déterminées.

EN DROIT

1. 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), 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision du 15 mai 2017 au point de lui ouvrir le droit à des prestations.

7. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au

handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

8. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

   b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière.

   c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

d. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

9. 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 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

   En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

10. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

    La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

    b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de

travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour

d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

11. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

    Il y a lieu de se fonder 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).

    - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

      A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

         Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

      B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

      C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

    - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

      Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

    Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

12. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007

IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, 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. A 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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).

13. 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

    Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du Dr J_____, d'une part, sur les réponses apportées par le psychiatre traitant, d'autre part, considère qu'il n'y a pas atteinte à la santé invalidante, ce que conteste le recourant.

    Il convient dès lors d'examiner la valeur probante à accorder à l'expertise du Dr J_____.

    Le rapport d'examen de l'expert se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été

établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante, ce d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en neurologie, sont confirmées par les autres documents médicaux versés au dossier. Ainsi, aucun médecin ne pose de diagnostic somatique autre que celui de névralgies intercostales, auxquelles il faut bien admettre qu'aucun examen n'a permis de trouver une explication organique. En particulier, le Dr H_____ n'a trouvé aucune anomalie ostéo-articulaire aux niveaux des épaules et poignets, l'IRM n'a montré qu'une discrète arthrose costo-vertébrale sans anomalie notable et le Dr J_____ n'a trouvé aucun argument en faveur d'une éventuelle pathologie myélo-radiculaire.

Eu égard à ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé, suivant les conclusions de l'expertise, a conclu à l'absence d'atteinte physique invalidante.

En revanche, au lieu de suivre la suggestion de l'expert neurologue et de mettre sur pied une expertise psychiatrique, l'intimé s'est contenté d'interroger le psychiatre traitant qui, il est vrai, n'a retenu qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte et a indiqué l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique. Le psychiatre a néanmoins renvoyé à l'avis du médecin traitant en affirmant qu'à son avis, le problème était avant tout somatique, ce qui, comme on l'a vu, n'est pas le cas. Ce faisant, le psychiatre a évoqué implicitement un trouble somatoforme douloureux, sans poser formellement le diagnostic, ni le discuter. Ce diagnostic a pourtant été évoqué à plusieurs reprises, tant par le Dr C_____, spécialiste, que par l'expert J_____ et, indirectement, par le Dr B_____, qui parlait de somatisation.

Dès lors, des investigations supplémentaires sur ce point s'avèrent indispensables, pour infirmer ou confirmer ce diagnostic et, dans la seconde hypothèse, en évaluer le caractère potentiellement invalidant à la lumière des indicateurs posés par le Tribunal fédéral. Rien de tel n'a été fait à ce stade de la procédure, de sorte que la Cour de céans est dans l'incapacité de se prononcer en connaissance de cause.

Dès lors, une expertise psychiatrique sera mise sur pied et sera confiée au Dr L_____ à qui il sera demandé de prendre langue avec le Dr J_____, expert s'étant déjà exprimé sur la partie somatique, afin de convenir de conclusions consensuelles.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES

Statuant préparatoirement :

I. Ordonne une expertise psychiatrique.

Commet à ces fins le docteur L_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr J_____, expert neurologue s'étant déjà exprimé.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

3.1 Dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques en cours

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 15 mai 2017 ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 15 mai 2017 ?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse K_____ du 14 décembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr J_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

15. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD | Karine STECK

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