

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3311/2014

ATAS/15/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 13 janvier 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B\_\_\_\_\_, à GENÈVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry  
STICHER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1985, de nationalité guinéenne, est arrivé à Genève le 7 mai 2001 comme requérant d'asile. À partir de la fin de l'année 2004, il a travaillé en qualité d'aide de cuisine pour le Café du C\_\_\_\_\_. Il a été en incapacité de travail à 100% dès le 30 mars 2010, puis à 50% à partir du 13 août 2010.
2. Le 17 mars 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI).
3. Par rapport du 28 mars 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré et spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, a diagnostiqué des lombalgies communes, un syndrome de stress post-traumatique et un diabète de type 1. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle oscillait entre 100% et 50%. Le port de charges lourdes à répétition était contre indiqué, l'assuré devait travailler selon des horaires réguliers et rencontrait des difficultés à lier des relations et à travailler en équipe. En raison de sa fatigabilité, une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30% était par ailleurs mentionnée.
4. Le 3 mai 2011, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) ont transmis à l'OAI un résumé de séjour de l'assuré dans leur unité de psychiatrie. L'intéressé, hospitalisé du 20 mai au 9 juillet 2001 en entrée non volontaire, ne parlait alors que peu le français et se présentait sous un mode psychotique avec une désorganisation importante. Il refusait le contact et avait un discours délirant à thème mystique. Sous l'instauration d'un traitement neuroleptique, l'état clinique avait évolué favorablement, avec la disparition des troubles du sommeil et une diminution des paramètres délirants. Des éléments d'un trouble de stress post traumatique, soit des réviviscences répétées des événements traumatiques, des cauchemars et des insomnies, étaient mis en évidence. L'éventualité d'une migration forcée et le système de valeurs propre au peuple dont l'assuré était originaire avaient pu renforcer les facteurs déstabilisants. Il n'était néanmoins pas possible de poser un diagnostic définitif, vu les problèmes de langue et les différences culturelles. L'hospitalisation de l'assuré n'avait pas été prolongée au-delà de juillet 2001, pour ne pas créer de rupture avec ses colocataires qui parlaient sa langue et auprès desquels il se sentait bien.
5. Dans un rapport du 19 mai 2011, la doctoresse E\_\_\_\_\_, rhumatologue auprès de la Clinique Corela - Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) -, mandatée par l'assureur perte de gain, a considéré que le tableau présenté pouvait faire penser à une fibromyalgie. Cependant, l'état psychique de l'assuré évoquait une grande anxiété quant à l'absence d'explication de ses douleurs, ce qui pouvait diminuer le seuil de tolérance au mal et expliquer les points douloureux multiples (18/18 points de fibromyalgie). Les constatations cliniques ne pouvaient en tout cas pas expliquer l'intensité des plaintes. La poursuite du Dafalgan, associé à un antidépresseur de type tricyclique, était recommandé, de même qu'une prise en

charge psychiatrique. Sur le plan locomoteur, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle d'origine médicale. La présence d'une mauvaise ambiance au travail, associée aux multiples problèmes de santé de l'assuré, à son anxiété et à sa grande apathie, constituaient un obstacle à une reprise rapide de l'activité professionnelle, mais, sur le plan rhumatologique, une reprise de l'activité habituelle était possible à 100%, avec un rendement entier, en tout cas depuis le 19 mai 2011.

6. Le 1<sup>er</sup> juin 2011, le Service médical régional (SMR) de l'OAI a estimé que, sur le plan purement somatique, l'assuré présentait une capacité de travail entière, mais qu'une expertise psychiatrique était nécessaire compte tenu de la fibromyalgie.
7. L'OAI a mandaté le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport d'expertise le 26 novembre 2011. Après avoir ausculté l'assuré, étudié le dossier médico-asséculo-logique et s'être entretenu avec le Dr D\_\_\_\_\_, l'expert n'a retenu aucun diagnostic. Selon lui, il n'y avait notamment pas de trouble de la personnalité, car les problèmes psychiques rencontrés par l'assuré s'étaient manifestés suite à des événements extérieurs et non pas développementaux, et trouvaient leur origine à la période de l'adolescence, soit à un moment où le processus de mise en place de la personnalité était déjà largement constitué. L'expert a également considéré que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne devait pas être retenu car, bien que l'assuré décrivait des cauchemars et des réviviscences diurnes, après avoir été confronté à une situation exceptionnellement menaçante et catastrophique en assistant au décès de ses parents, de son frère et de sa sœur, tués par des rebelles, et en ayant été enrôlé de force sous peine d'être tué, il n'y avait pas d'autres signes d'hypervigilance comme une irritabilité ou des accès de colère, des difficultés de concentration, une augmentation de la vigilance ou des réactions de sursaut. Aussi, si l'assuré pouvait effectivement présenter un état de stress post-traumatique en 2001, cela n'avait pas été confirmé. De surcroît, la persistance d'un tel état au-delà de 11 ans était peu habituelle et, dans le rapport du médecin traitant du 28 mars 2011, ne figurait pas de discussion formelle au sujet d'un tel diagnostic et aucun traitement spécifique n'avait été dispensé. Le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ne pouvait pas être retenu car il n'y avait pas de recul suffisant pour savoir si un changement de la personnalité s'était opéré. L'analyse du cursus professionnel avait d'ailleurs démontré que l'assuré avait été à même de travailler pendant plusieurs années et il n'y avait pas de description d'une péjoration de son état de santé psychique au moment où il avait été mis en arrêt de travail. Il n'y avait pas non plus d'idées délirantes de persécution, de désorganisation du comportement ou de la pensée, d'indices en faveur de la présence d'hallucinations auditives, ni d'autres signes psychotiques. Tout portait à croire que l'expertisé avait présenté un épisode psychotique bref 12 jours après son arrivée à Genève, expliqué par un stress socio-émotionnel intense, pour lequel un diagnostic rétrospectif de trouble psychotique aigu et transitoire devait être posé et pour lequel il n'y avait pas eu de récurrence. Il n'y avait pas d'éléments suffisants pour atteindre le seuil

---

diagnostique d'un épisode dépressif de degré léger ni même d'une dysthymie. L'humeur était discrètement déprimée avec un découragement et un discours à teinte négative, mais il n'y avait pas chez l'assuré une tristesse franche et permanente, ni un abattement ou une diminution de l'élan vital. Il n'y avait pas non plus d'anhédonie en ce sens que la natation, le football, le fait de regarder les matchs de football et de tennis à la télévision étaient pour lui des activités source de plaisir. Il n'y avait pas de baisse d'énergie. La diminution de la confiance en soi était en lien avec les limitations physiques induites par les dorsalgies et il n'y avait pas de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés. Aucune idée de suicide n'était verbalisée. Lors de l'entretien d'expertise, il n'y avait pas eu de constatation de troubles formels de la mémoire ou de la concentration, ni ralentissement idéique ou moteur. Il persistait des troubles du sommeil et un appétit variable, aspects aspécifiques. Les diagnostics d'épisode dépressif, de trouble dépressif récurrent ou de dysthymie, ne pouvaient pas être posés, ni actuellement ni rétrospectivement. Quant à la fibromyalgie évoquée par la Dresse E\_\_\_\_\_, il ne s'agissait pas d'un diagnostic posé avec certitude. Au cours de l'entretien d'expertise, les douleurs n'avaient pas été mentionnées spontanément par l'assuré, lequel n'avait pas non plus présenté de comportement algique. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, de perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, d'état psychique cristallisé et les traitements ne s'étaient pas montrés inefficaces. Il existait par contre une pathologie physique chronique sans rémission durable (diabète), mais ce seul critère n'était pas un argument suffisant pour retenir une atteinte incapacitante. L'exigibilité médicale était donc entière dans toute activité et sans diminution de rendement. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient néanmoins envisageables, au vu des ressources psychiques largement préservées.

8. Des mesures d'intervention précoce ont été accordées à l'assuré, lequel a suivi des cours de français de juin 2011 à février 2012.
9. Par décision du 27 février 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation, motif pris qu'il présentait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle, sans aucune limitation fonctionnelle.
10. En date du 22 mars 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que la capacité de travail de l'assuré était limitée à 50% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012 en raison d'un trouble somatoforme douloureux, présent depuis 2005. L'assuré souffrait d'une problématique mixte et complexe, et l'association du trouble somatoforme douloureux et d'une comorbidité psychiatrique indiscutable fondait l'affection médicale invalidante. En outre, l'assuré était atteint d'un diabète insulino-requérant de longue date qu'il avait beaucoup de mal à gérer, probablement à cause de son problème psychiatrique. Il en résultait un équilibre métabolique médiocre qui contribuait à sa fatigue et à son incapacité de travail.
11. Statuant sur un recours de l'assuré, la chambre de céans a rendu un arrêt le 5 juin 2012, par lequel elle a confirmé la décision du 27 février 2012 (ATAS/767/2012). S'agissant de l'aspect rhumatologique, elle a relevé que le

---

médecin traitant et l'experte concluait que les affections physiques ne justifiaient pas, à elles seules, une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du 26 novembre 2011 revêtait une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Enfin, le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 22 mars 2012 portait sur une période postérieure à la décision attaquée.

12. En date du 21 mars 2014, l'assuré a demandé à l'OAI la « révision de son dossier », expliquant que son état de santé s'était détérioré et qu'il se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 19 juillet 2013.
13. Dans ce cadre, l'OAI a sollicité le dossier de l'assureur maladie perte de gain, lequel lui a notamment communiqué les documents suivants :
  - Un rapport d'expertise du 15 novembre 2013 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a relevé que l'assuré n'émettait pas de plaintes spontanées psychiatriques et que toutes les doléances avaient été obtenues sur sollicitation, l'assuré s'étendant essentiellement sur la symptomatologie algique. Concernant le diagnostic, « en dépit de l'acculturation, de la pauvreté du stock lexical » et du « faible niveau de scolarisation », on pouvait déceler dans le discours de l'assuré « une symptomatologie dépressive de pleurs et de fatigue ainsi que quelques critères mineurs qui ne sont peut-être pas aussi spécifiquement exprimés que chez d'autres patients ». Ainsi, l'expert retenait « deux critères majeurs et deux à mineurs correspondant au diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) ». L'assuré ne prenait pas d'antidépresseur et n'était pas suivi par un psychiatre, mais il serait préférable que de tels traitements soient instaurés afin de l'aider activement à la reprise d'une activité professionnelle et prévenir le risque d'une cristallisation ou d'une aggravation de son état. D'un point de vue strictement psychiatrique, un épisode dépressif léger ne pouvait pas être considéré comme incapacitant dans l'activité habituelle de plongeur et il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail, laquelle demeurait entière, sans diminution de rendement. S'il y avait des limitations, elles étaient d'ordre rhumatologique.
  - Un rapport d'expertise du 29 novembre 2013 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lequel a diagnostiqué des rachialgies chroniques, probablement liées à un état dépressif. L'expert a relevé qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire, réalisée le 30 avril 2012, avait notamment mis en évidence une discopathie en L5-S1, responsable d'une sténose encore modérée des deux récessus des racines S1, ainsi qu'une discrète composante foraminale de la protrusion discale responsable d'une sténose des deux foramen L5. Le Dr H\_\_\_\_\_ a observé que l'ensemble du tableau s'apparentait à des troubles somatoformes douloureux. En théorie, il n'y avait pas de lésion organique contre-indiquant une reprise de l'activité habituelle, mais l'ensemble du tableau clinique et les symptômes évocateurs d'un état dépressif rendaient une telle reprise très aléatoire. Sur le

plan somatique, la capacité de travail était donc complète dans l'activité habituelle, avec une diminution de rendement de 20% liée aux douleurs chroniques. L'assuré serait plus à même de travailler dans une activité moins lourde exempte de ports de charges et de positions statiques à répétition. Dans une telle activité adaptée, il ne devrait pas y avoir de limitation de la capacité de travail ni de baisse de rendement. L'expert a ajouté que les troubles de l'humeur qui lui étaient apparus lors de son examen devraient être également considérés dans la capacité de travail globale de l'assuré.

- Un courrier par lequel l'assureur perte de gain indiquait à l'assuré que plus aucune prestation ne lui serait allouée au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2014.
14. Dans un avis du 7 avril 2014, la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a conclu à l'absence de modification durable et manifeste de l'état de santé de l'assuré.
  15. Le même jour, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Parmi les affections médicales invalidantes, ce médecin a retenu un trouble somatoforme douloureux intéressant principalement le rachis, un diabète insulino-dépendant mal équilibré, ainsi que des troubles psychiques en relation avec une pathologie psychiatrique évidente, à savoir un trouble de la concentration, une hypersomnie et une aboulie.
  16. Par projet de décision du 17 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de révision, son état de santé n'étant pas incapacitant.
  17. Dans un rapport du 26 juin 2014, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame K\_\_\_\_\_, psychologue, praticiens auprès de l'Association Appartenances, ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'anxiété généralisée (F41.1), et d'état de stress post-traumatique (F43.1), troubles ayant des effets sur la capacité de travail et présents dès le début de la prise en charge le 21 novembre 2013. Ce rapport mentionne que l'assuré, père d'une fille de 2 ans et d'un garçon de quelques mois, était séparé de la mère de ses enfants avec laquelle les relations étaient tendues. Bien que l'assuré continue à s'occuper autant que possible de ses enfants, un isolement et un retrait social important étaient signalés. En raison de cauchemars liés aux événements traumatiques vécus dans son pays d'origine, son sommeil n'était pas réparateur. Dès que cette partie de sa vie était abordée, l'assuré était pris d'angoisses importantes et demandait à changer de sujet. Il se plaignait en outre d'un sentiment de fatigue très important, d'oublis fréquents quant aux dates de ses rendez-vous et était très inquiet concernant le manque d'explication à ses douleurs. Au quotidien, peu de choses étaient source d'intérêt et de plaisir. L'assuré évoquait à plusieurs reprises l'envie d'en finir, imaginant mettre fin à ses jours et à ceux de sa famille. Il se montrait profondément déprimé et manifestait de l'anxiété avec des symptômes somatiques à l'évocation des événements traumatiques. Le traitement consistait en un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, lequel était essentiel et

---

constituait un soutien important et régulier. L'incapacité de travail était totale, l'assuré présentant des difficultés à gérer les situations stressantes, ainsi que des difficultés de concentration et d'attention, et une irritabilité. Il était possible que les situations de stress réveillent le vécu traumatique et entraînent une augmentation de la symptomatologie de type stress post-traumatique. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais l'assuré pourrait travailler à raison de 4 heures par jour si les conditions étaient adaptées à sa situation. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étaient limitées.

18. Le 23 septembre 2014, la Dresse I\_\_\_\_\_ a estimé que la situation était stationnaire et que les nouveaux rapports produits, soit celui du Dr D\_\_\_\_\_ et celui du Dr J\_\_\_\_\_ et de Mme K\_\_\_\_\_, proposaient une interprétation différente d'une même situation et ne rendaient pas plausible la présence d'une aggravation grave et durablement incapacitante. L'assuré présentait un syndrome douloureux chronique sans substrat organique, associé à un état dépressif léger qui devait être considéré comme partie intégrante du trouble somatoforme. Elle a également relevé que l'assuré était capable de s'occuper de ses enfants et que la psychologue considérait qu'une activité à 50% était possible, ce qui suggérait qu'il disposait encore de ressources mobilisables. Enfin, un problème d'acculturation étranger au ressort médical participait vraisemblablement à la situation. Partant, ses conclusions du 7 avril 2014 demeuraient valables.
19. Par décision du 30 septembre 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que le recourant n'avait pas rendu plausible la présence d'une atteinte grave et durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.
20. Par acte du 30 octobre 2014, complété le 2 décembre 2014, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a formé recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, ainsi qu'à l'audition des Drs D\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, et à celle de Mme K\_\_\_\_\_. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2014. En substance, il a fait grief à l'intimé de s'être fondé uniquement sur les avis des médecins mandatés par l'assureur perte de gain, insuffisants pour déterminer l'invalidité. De plus, le Dr H\_\_\_\_\_ ne discutait pas le diagnostic de fibromyalgie, ce qui laissait supposer qu'il n'avait pas été en possession du rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_, et l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ n'était que peu motivé. Il a relevé que son état de santé s'était aggravé depuis le prononcé de l'arrêt du 5 juin 2012. S'agissant de ses troubles psychiques, bien que les faits à l'origine du syndrome post-traumatique remontent à une époque ancienne, la situation avait été décompensée postérieurement à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, par des événements récents. Sur le plan physique, ses lombalgies avaient été objectivées par une IRM en avril 2012, soit après la décision initiale.

À l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport du 6 novembre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, lequel a indiqué que le recourant souffrait d'un diabète de type 2 mal

équilibré, avec un cortège de symptômes associés, notamment une asthénie, des pics de glycémie entraînant parfois une polyurie et de la polydipsie, ainsi qu'une neuropathie sensitive aux membres inférieurs. L'ensemble du tableau métabolique se dégradait progressivement. Le médecin traitant a en outre signalé une discopathie L5-S1 responsable de lombalgies chroniques objectivées en avril 2012 par une IRM, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux qui s'était progressivement installé et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec une anxiété généralisée et un état de stress post-traumatique.

Le recourant a également transmis à la chambre de céans un rapport signé le 27 novembre 2014 par le Dr J\_\_\_\_\_ et Mme K\_\_\_\_\_. Ces derniers ont mentionné que le recourant, qu'ils suivaient depuis novembre 2013, leur était alors apparu comme très abattu et se plaignait de douleurs importantes, d'endormissements fréquents, d'une forte angoisse et de la peur de mourir. Il parvenait difficilement à s'occuper de sa fille et à gérer son quotidien. Les activités qu'il avait du plaisir à faire auparavant ne l'intéressaient plus et les symptômes dépressifs avaient augmenté, de sorte qu'ils avaient envisagé une hospitalisation en mai 2014, mais le recourant s'y était opposé à cause de ses charges familiales. Il exprimait des idées noires, avec des scénarii précis (tuer sa famille, puis acheter une corde et se pendre à la campagne). Sa situation de couple, très conflictuelle, avait nécessité un placement en urgence dans un hôtel. L'introduction d'une médication et la séparation avaient permis une diminution des tensions au sein du couple et le recourant n'exprimait en l'état plus de menaces hétéro ni auto-agressives, mais les symptômes dépressifs perduraient et son état demeurait très fragile, pouvant rapidement se péjorer en cas de situation stressante. Etais diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Les spécialistes ont également retenu l'existence d'un état de stress post-traumatique, expliquant que la passation du « questionnaire d'impact de l'événement » avait dû être interrompue après 6 questions (sur 22), car celles-ci étaient trop pénibles et le recourant ressentait une vive douleur au niveau du cœur. Les premiers scores et l'intensité des symptômes étaient très élevés, ce qui présuait d'un score final lui aussi très élevé. Les rédacteurs du rapport ont ajouté que le recourant avait vécu des événements catastrophiques et traumatiques qui étaient, selon la classification internationale CIM-10, hors du commun et provoqueraient des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Pris dans l'urgence de sa survie, le recourant n'avait pas pu, à l'époque, élaborer les deuils de sa famille et ses expériences traumatiques. La décompensation, sur un mode psychotique, qu'il avait faite peu de temps après son arrivée en Suisse, révélait l'étendue des désastres psychiques subis. Il avait réussi à mener une vie normale, mais au prix d'un fort clivage, et tout ce qui concernait les épisodes traumatiques de son passé était « écarté » de sa conscience, car beaucoup trop angoissant. Cependant, cet édifice de souffrances, refoulé et latent, pouvait refaire irruption, lorsqu'un événement de la vie actuelle engendrait un nouveau stress, réactivant les précédents (« deuxième déclencheur »). Selon eux, la situation conflictuelle lors de son dernier emploi avait

---

pu constituer ce deuxième déclencheur. Parallèlement, la situation du couple avait également pu causer une aggravation des symptômes et la paternité, laquelle avait causé un stress important, avait également ravivé la douleur d'avoir perdu son propre père. Aujourd'hui, les traces du passé traumatique apparaissaient au décours de chaumeras et sous la forme de symptômes somatiques et d'un barrage de la pensée. Les manifestations de stress post-traumatique étaient atypiques car il n'y avait pas d'évitement, de reviviscences ou de flash-back francs, mais des clivages et de la forclusion. Le recourant ne se rappelait pas des événements traumatiques passés qui surgissaient pourtant dans le présent. On se situait à un niveau « pré-conscient ». Devant ce tableau particulier, mais malgré tout vraisemblable cliniquement, le diagnostic de stress post-traumatique était posé (F43.1). Les spécialistes ont en outre confirmé celui d'anxiété généralisée (F41.1), auquel ils ont ajouté celui de syndrome somatoforme douloureux (F45.4). Compte tenu des comorbidités, l'état de santé du recourant était extrêmement fragile. Son environnement actuel, tant au niveau social que familial, étaient également délétères. Il était enfermé dans des souffrances qui ne lui apparaissaient pas reconnues car il ne parvenait pas à les exprimer.

21. Dans sa réponse du 7 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a soutenu que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ démontrait que le trouble somatoforme douloureux, évoqué par l'expert rhumatologue, ne pouvait pas être considéré comme invalidant.

L'intimé s'est en outre référé à la nouvelle appréciation du SMR, émise le 5 janvier 2015 par les docteurs L\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Selon ces derniers, le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ semblait indiquer que l'état de santé évoluait plutôt favorablement suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation depuis l'expertise de novembre 2013. Concernant le diagnostic de stress post-traumatique, ils ont rappelé que celui-ci avait clairement été écarté en 2011 par le Dr F\_\_\_\_\_ et que les termes de « clivage » et de « forclusion » appartenaient à la terminologie psychanalytique et étaient utilisés pour décrire des mécanismes de défense. En outre, aucun fait marquant n'était survenu au moment de l'activité au Café du C\_\_\_\_\_ pouvant déclencher et réactiver un état de stress post-traumatique. Partant, les nouvelles pièces médicales ne permettaient pas de modifier les conclusions du SMR des 7 avril et 23 septembre 2014.

22. Par écriture du 20 janvier 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions, requérant l'audition des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ pour le cas où une expertise judiciaire ne serait pas mise en œuvre. Il a souligné que la décision entreprise était fondée sur les avis des médecins mandatés par l'assureur perte de gain dont la mission et les questions étaient inconnues. Ce document n'avait pas force probante, tout comme l'avis du SMR, par lequel il n'avait au demeurant pas été examiné.
23. En date du 17 février 2015, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions.

24. Le 1<sup>er</sup> juin 2015, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire et leur a communiqué le nom des experts, soit les Drs M\_\_\_\_\_, rhumatologue, et N\_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi que les questions qu'elle entendait leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
25. Par courrier du 3 juin 2015, l'intimé s'est opposé à ce que le Dr N\_\_\_\_\_ soit désigné comme expert, au motif notamment que « les délais de restitution sont relativement long et contreviennent au principe de célérité ».
26. Le recourant a quant à lui indiqué, le 10 juin 2015, accepter le choix des deux experts proposés.
27. Le 23 juin 2015, il souligne que le tout récent arrêt rendu par le Tribunal fédéral (9C\_492/2014) relatif aux troubles somatoformes ou fibromyalgie vient confirmer la nécessité en l'espèce de procéder à une expertise.
28. Par arrêt incident du 18 août 2015, entré en force de chose jugée, la chambre de céans a rejeté la demande de récusation.
29. Invité à se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, l'OAI s'en est rapporté à justice le 4 novembre 2015. Il s'est par ailleurs opposé à la mise en place de nouvelles expertises, dans la mesure où figurent déjà au dossier, les expertises des Drs H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ des 29 novembre 2013 et 15 novembre 2013, qui revêtent toutes deux valeur probante, ainsi que les avis du SMR des 7 avril et 23 septembre 2014.
30. Le 7 décembre 2015, le recourant a proposé de modifier les questions figurant au point 6.h de la mission d'expertise du 1<sup>er</sup> juin 2015 compte tenu des nouveaux critères développés par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015.

### **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 - RS/GE 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.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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).

- 
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles 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).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de gain, s'est modifié dans une mesure influençant ses droits, et ce depuis la décision initiale de l'intimé du 27 février 2012.
6. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; art. 87 al. 2 et 3 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

---

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 130 V 343 consid. 3.5). 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

7. 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 ou mentale 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À

---

cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

9. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication 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).

10. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), 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 (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).
11. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, 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 (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). 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.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

##### A. Axe « atteinte à la santé »

#### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

#### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de

l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, 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 qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

#### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

## II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. 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).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en

psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

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. cc).

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 166 consid. 4 ; 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).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3.).

14. En l'espèce, la chambre de céans constate préalablement que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant. Il convient donc d'examiner si la situation de ce dernier a subi, depuis la décision du 27 février 2012, un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente.
15. a. Il est rappelé que la décision initiale, confirmée par arrêt de la chambre de céans, était fondée, d'une part, sur les conclusions du 19 mai 2011 de la Dresse E\_\_\_\_\_, rhumatologue auprès du COMAI mandatée par l'assureur perte de gain, et, d'autre part, sur le rapport d'expertise du 26 novembre 2011 du Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre sollicité par l'intimé.

Sur le plan somatique, le tableau présenté par le recourant pouvait faire penser à une fibromyalgie, mais les constatations cliniques ne pouvaient pas expliquer l'intensité des plaintes. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, la capacité de travail était entière dans toute activité, sans diminution de rendement.

S'agissant du volet psychique, le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun diagnostic, écartant en particulier celui d'état de stress post-traumatique et tout trouble dépressif. Concernant le diagnostic de fibromyalgie, il avait relevé que les douleurs n'avaient pas été mentionnées spontanément par le recourant, lequel n'avait pas non plus adopté de comportement algique durant leur entretien. Selon son examen, il n'y avait ni comorbidité psychiatrique, ni perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, ni encore état psychique cristallisé. L'exigibilité médicale était entière dans toute activité, sans aucune diminution de rendement.

b. Suite à la nouvelle demande du recourant du 21 mars 2014, l'intimé a requis le dossier de l'assureur perte de gain. Après avoir examiné les rapports du 15 novembre 2013 du Dr G\_\_\_\_\_ et du 29 novembre 2013 du Dr H\_\_\_\_\_, le SMR a conclu à l'absence de modification durable et manifeste de l'état de santé du recourant (avis du 7 avril 2014). Cette appréciation a été maintenue après réception des rapports des médecins traitants (avis des 23 septembre 2014 et 5 janvier 2015).

16. Il sied donc de se déterminer sur la valeur probante de ces différents documents.
- a. Concernant le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, la chambre de céans relève tout d'abord que sa très brève anamnèse est manifestement lacunaire sur des faits essentiels. A titre d'exemple, ce psychiatre a simplement relaté que tous les membres de la famille du recourant étaient décédés, sans référence aucune aux circonstances particulièrement tragiques des événements, dont il ne semble pas avoir été informé. A cet égard, la chambre de céans observe que les spécialistes qui suivent actuellement le recourant ont expliqué que ce dernier « écarte de sa conscience » les épisodes traumatiques, beaucoup trop angoissants et pénibles, dont il évitait de parler au début de leur prise en charge, soit à l'époque à laquelle le Dr G\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport. De plus, cet expert ne paraît pas avoir été en possession d'un dossier complet, et en particulier des rapports d'expertise de la Dresse E\_\_\_\_\_ et du Dr F\_\_\_\_\_, dans la mesure où le seul rapport médical cité

est celui du médecin traitant daté du 3 septembre 2013. En outre, ses conclusions ne sont pas motivées, étant rappelé qu'il s'est limité à retenir « deux critères majeurs et deux à mineurs correspondant à un diagnostic d'épisode dépressif léger », sans préciser ces critères. Des explications circonstanciées s'imposaient pourtant, ce d'autant plus que des idéations suicidaires ont été mentionnées parmi les plaintes subjectives. Enfin, il est surprenant que le Dr G\_\_\_\_\_ n'ait pas requis l'assistance d'un interprète, alors qu'il a souligné la « pauvreté du stock lexical ».

Compte tenu de ce qui précède, ce rapport ne remplit manifestement pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante.

b. Quant au rapport du Dr H\_\_\_\_\_, la chambre de céans constate d'emblée que si l'anamnèse semble détaillée, les événements tragiques vécus par le recourant ne sont à nouveau pas abordés. En effet, l'expert a consigné que le frère et la sœur du recourant étaient « malheureusement décédés en bas âge » et que l'intéressé, « pour des raisons de menaces non précisées », avait dû quitter son pays. En outre, aucune référence n'est faite aux expertises précédentes, dont le Dr H\_\_\_\_\_ ne semble pas avoir eu connaissance. S'agissant du diagnostic, ce rhumatologue a conclu à des rachialgies chroniques et à la suspicion d'un état dépressif, expliquant que l'ensemble du tableau s'apparentait à des troubles somatoformes douloureux. Il n'a toutefois pas examiné si les critères en faveur d'une fibromyalgie étaient réunis, de sorte que son examen est incomplet. De plus, les conclusions du rapport paraissent contradictoires en ce sens que l'expert retient l'absence de lésion organique contre-indiquant une reprise de l'activité habituelle, et donc une capacité de travail complète, tout en faisant état d'une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs chroniques, ajoutant que, dans une activité adaptée « moins lourde exempte de port de charges à répétition et de positions statiques à répétition », ladite capacité est entière sans baisse de rendement. Enfin, la chambre de céans relèvera que l'expert a cité le rapport d'IRM lombaire réalisée en avril 2012, examen ayant mis en évidence une protrusion en L5-S1 responsable de sténose foraminale, sans exposer si cette atteinte pouvait expliquer une partie des douleurs. Il a uniquement conclu à l'absence de lésion organique contre-indiquant une reprise de l'activité habituelle, sans discuter davantage son diagnostic de rachialgies chroniques.

Les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ n'emportent donc pas la conviction de la chambre de céans.

c. Le Dr J\_\_\_\_\_ et Mme K\_\_\_\_\_ de l'Association Appartenance ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée et un état de stress post-traumatique, troubles existants dès le début de leur prise en charge, en novembre 2013 (rapport du 26 juin 2014). En novembre 2014, ils ont qualifié le trouble dépressif récurrent, avec syndrome somatique, de moyen et retenu un syndrome douloureux somatoforme douloureux, en sus des diagnostics déjà mentionnés (rapport du 27 novembre 2014). Ces spécialistes ont observé un isolement et un retrait social important, et relevé que peu de choses

étaient source d'intérêt et de plaisir (rapport du 26 juin 2014). Les activités que le recourant prenait du plaisir à faire auparavant ne l'intéressaient plus (rapport du 27 novembre 2014). Son sommeil n'était pas réparateur à cause des cauchemars et il se plaignait d'une fatigue importante (rapport du 26 juin 2014), d'endormissements fréquents, de douleurs importantes et avait peur de mourir (rapport du 27 novembre 2014). Au début de leur prise en charge, le recourant était profondément déprimé et manifestait de l'anxiété avec des symptômes somatiques à l'évocation des événements traumatiques, dont il évitait de parler (rapport du 26 juin 2014). Il exprimait des idées noires, parvenait difficilement à s'occuper de sa fille et à gérer son quotidien. Les symptômes dépressifs avaient augmenté et une hospitalisation avait même été envisagée en mai 2014. Sa situation de couple était en outre très conflictuelle. Bien qu'une médication fut introduite, les symptômes dépressifs perduraient et l'état du recourant demeurait très fragile. Pris dans l'urgence de sa survie, après avoir vécu des événements catastrophiques et traumatiques hors du commun, il avait réussi à mener une vie normale, mais au prix d'un fort clivage, et tout ce qui concernait les épisodes traumatiques de son passé était « écarté » de sa conscience, car beaucoup trop angoissant. Cet édifice de souffrances pouvait toutefois refaire irruption lorsqu'un événement de la vie actuelle engendrait un nouveau stress, réactivant les précédents. À titre de facteur ayant pu constituer ce deuxième déclencheur, les spécialistes ont cité la situation conflictuelle lors du dernier emploi, mais aussi la situation du couple et la paternité. Les manifestations de stress post-traumatique étaient atypiques car il n'y avait pas d'évitement, de reviviscences ou de flash-back francs, mais des clivages et de la forclusion. Le recourant ne se rappelait pas des événements traumatiques passés qui surgissaient pourtant dans le présent (rapport du 27 novembre 2014). L'incapacité de travail était totale, le recourant présentant des difficultés à gérer les situations stressantes, ainsi que des difficultés de concentration et d'attention, et une irritabilité. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais un travail à raison de 4 heures par jour était envisageable (rapport du 26 juin 2014).

Ces rapports, établis en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, et dont les conclusions sont dûment motivées, permettent de retenir que la situation du recourant s'est aggravée depuis la décision de février 2012, étant rappelé qu'aucun trouble psychique n'avait alors été diagnostiqué.

Contrairement à ce que retient le SMR dans ses avis des 23 septembre 2014 et 5 janvier 2015, on ne saurait considérer que le Dr J\_\_\_\_\_ - et Mme K\_\_\_\_\_ se livrent à une interprétation différente d'une situation identique, puisqu'il ressort clairement de leurs observations que l'état psychique du recourant s'est dégradé. Après le prononcé de la première décision, des idées noires avec des scénarii précis, l'envie d'en finir, un retrait social important, des angoisses, la perte de tout plaisir ont, entre autres, été signalés. Ces spécialistes ont expliqué que des événements récents stressants, à l'instar des conflits de couple et de la paternité, étaient des éléments ayant aggravé les symptômes.

17. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant, depuis la décision du 27 février 2012, est établie.

Sur le plan somatique, une IRM réalisée en avril 2012 a révélé une discopathie L5-S1, dont la relation avec les lombalgies chroniques, tout comme les éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur la capacité de travail, n'ont pas été examinés à satisfaction.

18. Partant, la chambre de céans entend mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire tenant compte des aspects somatiques et psychiques, moyen le plus adéquat pour établir de manière objective si la capacité de travail et donc le taux d'invalidité du recourant s'est modifié depuis la décision initiale de l'intimé.

19. L'expertise sera confiée au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné le recourant.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique de Monsieur A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins les docteurs M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise est la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure.
  - b) examiner et entendre le recourant.
  - c) prendre tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité le recourant.
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens et /ou s'entourer d'avis de tiers.
4. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
  1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
  2. Quelles sont les données subjectives et les plaintes du recourant ?
  3. Quelles sont vos constatations objectives ?
  4. Quelles est l'atteinte à la santé dont souffre le recourant (diagnostic(s) selon la classification internationale) ?
  5. S'agissant d'éventuels troubles somatiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) Depuis le 27 février 2012, le recourant souffre-t-il de troubles somatiques ? Si oui, lesquels ? En particulier, présente-t-il une fibromyalgie ?
    - b) Les plaintes du recourant sont-elles objectivées ?
    - c) Le recourant suit-il un traitement adéquat ?
    - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?
    - e) Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant entre le 27 février 2012 et septembre 2014 ?

En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte.

6. S'agissant de troubles psychiques éventuels, répondre aux questions suivantes:

a) Depuis le 27 février 2012, le recourant souffre-t-il de troubles psychiques ? Si oui, lesquels ?

b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?

c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?

d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?

e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée?

f) La compliance est-elle bonne ?

g) Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant entre le 27 février 2012 et septembre 2014?

En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte.

h) En cas de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie :

- Le trouble s'inscrit-il dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux ?

- Quelle est la gravité des atteintes ? Le degré permettant de poser le diagnostic est-il juste atteint, dépassé ou largement dépassé ?

- Quelles sont les répercussions fonctionnelles sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne et du travail ?

- De quelle manière le trouble et les répercussions fonctionnelles évoluent-t-ils en termes de gravité ?

- L'expertisé bénéficie-t-il d'un traitement approprié en fonction de l'état des connaissances médicales ? Quel est le succès de ce traitement ? La compliance est-elle bonne ?

- Quel est le pronostic ?

- Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ?

- Quelle est la structure de la personnalité de l'expertisé et les éventuels troubles de la personnalité ?

- Décèle-t-on des circonstances indiquant une exagération de la part de l'expertisé ? Cas échéant, lesquelles ? Une éventuelle

exagération est-elle à mettre en lien avec une incapacité de l'expertisé à reconnaître sa maladie.

- Le comportement de l'expertisé est-il globalement cohérent ? En particulier, sa demande en termes de thérapies et sa coopération est-elle en adéquation avec l'étendue des souffrances ?

- D'une manière globale, l'expertisé dispose-t-il de ressources suffisantes pour surmonter son affection ? Veuillez expliquer et motiver votre réponse.

7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences de(s) atteinte(s) somatique(s) et psychique(s) sur la capacité de travail, en pourcent :
    - a) dans l'activité habituelle ;
    - b) dans une activité adaptée (préciser en quoi pourrait consister celle-ci).
  8. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, entre le 27 février 2012 et septembre 2014.

Dire s'il y a une diminution de rendement, dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, et la chiffrer.
  9. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci.
  10. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. Indiquer si les mesures en question seraient exigibles du recourant et pourquoi.
  11. En cas de conclusions divergentes de celles ressortant des rapports d'expertise du 15 novembre 2013 du Dr G\_\_\_\_\_ et du 29 novembre 2013 du Dr H\_\_\_\_\_, et/ou de celles du Dr J\_\_\_\_\_ et de Mme K\_\_\_\_\_, et/ou de celles des médecins traitants sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail du recourant, veuillez en expliquer les raisons et motiver vos conclusions.
  12. Formuler un pronostic global.
  13. Toute remarque utile et proposition des experts.
5. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
  6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

7. Réserve le sort des frais et le fond.

La greffière

La Présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le