REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4486/2006 **ATAS/892/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 août 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur D_____, ressortissant portugais né en septembre 1959, exerçait une activité de porteur bagagiste indépendant. Lors d'un déménagement au Portugal en novembre 1997, il s'est blessé au dos et a subi une incapacité totale de travail en raison de douleurs lombaires.

2. En date du 12 juin 1998, il a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a par décision du 30 avril 2002 rejeté cette demande, en s'appuyant sur des expertises effectuées dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'employeur, ainsi que sur un stage professionnel. En effet, selon l'expertise somatique du Dr A_____, de juin 1999, l'assuré présentait une entière capacité résiduelle de travail, et selon l'expertise psychiatrique du Dr B_____, d'octobre 1999, une totale capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Enfin, un stage professionnel ordonné par l'OCAI avait conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans des activités légères. L'assuré a porté cette cause devant le Tribunal de céans qui, par arrêt du 30 septembre 2003 en la cause ATAS/103/2003, l'a débouté. Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a annulé l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales pour composition irrégulière des juges et le Tribunal de céans a rendu un nouvel arrêt en la cause ATAS/800/2004 du 6 octobre 2004, rejetant le recours. À nouveau saisi, le TFA a rejeté le recours de l'assuré par arrêt du 22 février 2005 en la cause I 722/04.

3. En date du 14 juin 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité au motif que son état de santé s'était aggravé.

4. Dans un rapport du 22 juillet 2005, le Dr C_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué une dépression récurrente, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique depuis 1997. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 décembre 1997. Il a indiqué que le patient était triste, parlait d'une voix monocorde, et que sa gestuelle et ses mimiques étaient diminuées. Le pronostic était réservé compte tenu des pathologies physiques. Ce médecin ne précisait toutefois pas la fréquence des entretiens psychothérapeutiques ni la médication prise par l'assuré. Il indiquait enfin que les troubles psychiques étaient en relation avec les troubles physiques.

5. Dans un avis du 1er février 2006, le SMR Suisse romande, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a rappelé que la première demande de prestations de l'assuré avait été rejetée par le TFA. Cependant, le Dr C_____ indiquait que son patient présentait une dépression récurrente épisode actuel sévère sans symptôme psychotique existant depuis 1997 et justifiant une incapacité totale de travail depuis le 4 décembre 1997. Selon ce praticien, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. L'assuré avait toutefois fait l'objet d'une expertise psychiatrique en 1999, et l'expert avait conclu à une capacité totale de travail du point de vue

psychiatrique. Dès lors, le rapport du Dr C_____ était en contradiction avec l'expertise, et aucune aggravation de l'état de santé n'avait été mise en évidence de façon vraisemblable puisque selon ce médecin, l'état dépressif était sévère depuis 1997 et l'incapacité totale depuis décembre 1997.

6. Par décision du 17 février 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que les éléments médicaux fournis par le Dr C_____ ne permettaient pas de considérer qu'il avait subi une aggravation de son état de santé.

7. Par courrier du 16 mars 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant valoir que son état de santé s'était péjoré de sorte qu'il avait droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

8. Par courrier du 13 mai 2006, il a complété son opposition, concluant à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire et faisant valoir que son psychiatre traitant avait posé un nouveau diagnostic, soit une dépression récurrente, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, qui nécessitait d'être investigué.

9. Par courrier du 1er juin 2006, l'assuré a transmis une nouvelle attestation du Dr C_____ du 24 mai 2006, selon laquelle il était inapte au travail pour des raisons de santé psychique réactionnelle aux troubles de la santé physique. L'état de santé était stationnaire, malgré le traitement entrepris, soit des entretiens psychothérapeutiques et une médication antidépressive et sédative. Le patient le consultait depuis le 25 avril 2005.

10. Par décision du 30 octobre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré au motif qu'aucun élément médical probant n'avait été apporté, de nature à remettre en cause les constatations faites par le TFA. Dès lors, une instruction complémentaire était inutile et la demande devait être rejetée.

11. Par courrier du 30 novembre 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité, et préalablement à l'ordonnance d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a fait valoir que son psychiatre traitant avait diagnostiqué une aggravation de son état de santé et il importait dès lors qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée.

12. Dans sa réponse du 22 janvier 2007, l'intimé, concluant au rejet du recours, s'est référé aux pièces du dossier, faisant valoir qu'il n'y avait pas eu de modification objective de l'état de santé de l'assuré, qui s'était toujours lui-même estimé invalide et avait refusé d'exploiter sa capacité résiduelle de travail.

13. En date du 5 juin 2007, se sont tenues devant le Tribunal de céans des audiences d'enquêtes et de comparution personnelle des parties. Dans ce cadre le Dr C_____ a été entendu en qualité de témoin.

Ce médecin a rappelé qu'il était le psychiatre traitant de l'assuré depuis avril 2005. Le recourant était venu le consulter en présentant un tableau dépressif et anxieux avec des difficultés existentielles. le Dr C_____ avait alors diagnostiqué une dépression récurrente avec un épisode dépressif sévère. Malgré le traitement apporté (psychothérapeutique et médicamenteux), le tableau dépressif était resté pratiquement le même avec le même degré d'intensité. Ce médecin avait fixé à 1997 le début de l'état dépressif de son patient compte tenu de l'anamnèse qu'il avait pu faire. Il ne confirmait toutefois pas qu'il y ait eu une incapacité de travail à 100% pour des raisons psychiatriques depuis 1997. Il estimait qu'il y avait eu vraisemblablement une aggravation depuis 1999 puisque c'était à ce moment-là que l'assuré ne pouvait plus travailler pour des raisons physiques. Le pronostic était mauvais. Ce médecin ne pouvait se prononcer sur l'expertise du Dr B_____ de 1999. Enfin, il a précisé que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux devait être posé, avec un état anxieux.

Les parties ont quant à elles maintenu leur position.

14. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 30 octobre 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en

vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

5. a) Il convient de déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé ayant une répercussion sur sa capacité de gain et si, le cas échéant, il aurait droit à des prestations de l'assurance-invalidité en raison de cette aggravation.

   b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

   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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement

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

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

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un

diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

c) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché 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). Enfin, il convient de préciser que l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

7. En l'occurrence, le recourant allègue que son état psychique s'est péjoré depuis la décision initiale de l'OCAI du 30 avril 2002. Son psychiatre traitant qui le suit depuis avril 2005 estime sur la base de l'anamnèse que l'état psychique de son patient s'est dégradé depuis 1999, sans préciser la date exacte. Or, en octobre 1999, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, ayant pleine valeur probante et qui concluait à une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique. L'on ne peut toutefois exclure une péjoration de l'état psychique de l'assuré dans les derniers mois de l'année 1999, péjoration qui n'aurait pas été prise en compte dans la décision de l'OCAI du 30 avril 2002. De surcroît, le psychiatre traitant pose un nouveau diagnostic, celui de troubles somatoformes douloureux, sans préciser la date de sa survenance, qui manifestement se situe après la décision d'avril 2002. Il y a par conséquent lieu de constater que le recourant a rendu plausible une éventuelle dégradation de son état de santé, en fin 1999 ou postérieurement à la décision initiale de l'intimé. Cependant, en l'état du dossier, il n'est pas possible de statuer car cette éventuelle aggravation n'a pas été investiguée à satisfaction de droit. Il convient ainsi d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire. L'expert devra déterminer si l'état de santé du recourant a subi une péjoration notable depuis fin 1999 ou postérieurement à la décision de l'OCAI d'avril 2002, puis poser des diagnostics précis et dire si le recourant présente un trouble somatoforme douloureux et si oui depuis quelle date. Le cas échéant, il devra se prononcer sur les critères dégagés par la jurisprudence fédérale, permettant d'établir si ce trouble somatoforme douloureux est invalidant au regard de l'assurance-invalidité et si, compte tenu de ces critères, une activité professionnelle est exigible.

8. En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, ensuite de quoi la présente ordonnance lui sera communiquée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr C_____, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.

c. Examiner le recourant.

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

e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

f. Quels sont les diagnostics psychiatriques?

g. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?

i. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle ?

j. Existe-t-il chez l'expertisé un trouble somatoforme douloureux ? Si oui, depuis quelle date précise. Le cas échéant répondre aux questions suivantes :

- Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quel degré (faible, moyen, grave) ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?

- Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?

- Le recourant subit-il une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration)?

- Existe-t-il chez le recourant un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) ?

- Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?

- Des mesures de réadaptation seraient-elles utiles ?

- Dans quelle mesure peut-on exiger du recourant qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?

k. Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution psychique du recourant et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une activité lucrative d'un point de vue psychique ? Si oui, laquelle-lesquelles ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

l. L'état psychique de l'expertisé a-t-il subi une péjoration notable depuis l'expertise psychiatrique d'octobre 1999 ? Si oui, en quoi consiste-elle ? A quelle date précise est-elle survenue ? Si de nouveaux diagnostics sont posés par rapport à l'expertise d'octobre 1999, depuis quand existent-ils ? Ont-ils une influence sur la capacité de travail ? Si oui, depuis quelle date ?

m. Si le recourant ne présente plus de capacité de travail ou seulement une capacité réduite, à quelle date précise la diminution de la capacité psychique est-elle survenue ? Quelle est le taux de la capacité de travail ? Pour quelle-s raison-s présente-t-il une incapacité ou une capacité réduite (indiquer le taux) pour cause psychique ?

n. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision sur opposition rendue par l'OCAI en octobre 2006 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?

o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

4. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.

La greffière — La présidente

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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