RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/515/2020 **ATAS/714/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____1968, a travaillé en qualité de marbrier depuis mai 2008.

2. Le 17 septembre 2013, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il se trouvait sur un chantier, il a glissé sur du gravier et chuté, ce qui lui a occasionné des douleurs au niveau du dos et de la jambe gauche.

3. L'assurance-accidents a pris les suites de cet événement en charge jusqu'au 17 juillet 2014, date à laquelle elle a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint. Cette décision était fondée sur un rapport établi le 3 septembre 2014 par le docteur B_____, médecin d'arrondissement, concluant que l'événement du 17 décembre 2013 avait cessé de déployer ses effets délétères après sept mois (cf. décision du 5 septembre 2014).

4. Le 5 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des cervico-dorso-lombalgies et un blocage de la jambe gauche.

5. Par décision du 19 septembre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité – assortie de rentes complémentaires pour ses enfants – limitée à la période du 1er juillet 2015 au 31 janvier 2016.

   L'OAI a admis que le 1er juillet 2015, six mois après le dépôt de sa demande, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100%, mais qu'il avait recouvré, dès le 1er novembre 2015, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations. Le degré d'invalidité, réduit depuis lors à 19%, justifiait la suppression de la rente au 31 janvier 2016, trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain.

   Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

   - une évaluation rhumatologique effectuée le 11 novembre 2014 pour l'assureur perte de gain par la doctoresse C_____, rhumatologue auprès de la Clinique D_____, qui, après avoir retenu les diagnostics de hernie discale protrusive C4-C5 et de discopathies C5-C6 et L4-L5 (avec hernie foraminale à gauche en phase de rémission retardée), soulignait que les lésions discales cervicales et la discopathie L4-L5 – attestées depuis 2006 – étaient anciennes et n'avaient jusqu'alors jamais entraîné d'incapacité de travail ;

   - un rapport rédigé le 17 février 2015 par la doctoresse E_____, médecin généraliste, indiquant que depuis sa chute sur le dos fin 2013, l'assuré souffrait de lombosciatalgies bilatérales, d'une douleur à la hanche gauche, non soulagée par infiltration, ainsi que

d'une douleur à la palpation du rachis lombaire ; l'assuré ne pouvait ni porter de charges lourdes, ni rester debout ou assis longtemps ; il présentait également un état dépressif lié à ses douleurs ; depuis janvier 2014, sa capacité de travail était nulle dans son activité antérieure ; en revanche, il paraissait capable d'exercer à 50% une activité physiquement non astreignante, n'impliquant pas le port de charges lourdes ;

- un rapport du 25 février 2015 du docteur F_____, retenant le diagnostic de lombosciatalgie gauche, faisant état de douleurs persistantes de la jambe gauche et concluant à une totale incapacité à exercer l'activité habituelle ;
- un rapport d'intervention du 12 juin 2015 (décompression sélective L4-L5 et libération de la racine L5 du côté gauche) ;
- un rapport du 27 novembre 2015 de la Dresse E_____ qualifiant l'état de son patient de stable et l'incapacité de travail de totale, dans toute activité ;
- un rapport du 28 janvier 2016 des docteurs G_____ et H_____, du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), relatant que l'assuré présentait depuis dix ans des rachialgies ainsi qu'un important syndrome lombo-vertébral gauche, que les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques n'avaient pas permis d'améliorer sa situation et qu'un antidépresseur avait été récemment prescrit ;
- un bilan multidisciplinaire du 9 mars 2016 des Drs G_____ et H_____ expliquant que l'assuré, depuis qu'il souffrait de problèmes dorsaux, était très sédentaire : il marchait autour de chez lui à raison de vingt minutes, quatre à cinq fois par jour, mais le reste du temps, il restait couché ; par peur de chuter, il ne prenait pas les transports publics ; en outre, il se plaignait de troubles du sommeil et ne dormait en moyenne que trois heures par nuit ; il se sentait très fatigué et affecté de ne pouvoir reprendre le travail ; la situation ne paraissait pas stabilisée au plan psychique et l'assuré avait été adressé à un psychiatre ;
- un rapport du 15 juin 2016 du docteur I_____, du service de rhumatologie des HUG, constatant une mobilité du rachis lombaire limitée et douloureuse dans tous les plans, surtout en inclinaison gauche, contrairement aux hanches, libres et indolores ;
- un rapport des docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), après un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré les 23 septembre et 25 octobre 2016, retenant à titre de diagnostics invalidants : une atteinte dégénérative étagée du rachis, une hernie discale « récessale » gauche C4-C5 , un bombement discal, avec ostéophytose postérieure et uncarthrose C5-C6, prédominant à gauche, une hernie discale paramédiane droite D6-D7, une légère protrusion médiane D7-D8, un status post cure de hernie discale avec protrusion discale circonférentielle résiduelle et arthrose facettaire postérieure L4-L5 et une arthrose facettaire postérieure L5-S1 (M40.2 ; M51.2 ; M51.3) ; était également mentionnée, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour des

raisons psychologiques (F 68.0) ; sur le plan rhumatologique, bien que multiples, les atteintes dégénératives de la colonne vertébrale n'expliquaient que partiellement les plaintes de l'assuré ainsi que ses auto-limitations durant l'examen clinique et de nombreuses discordances étaient constatées : l'assuré se présentait avec une canne anglaise, qu'il disait utiliser depuis son opération du dos en raison de lâchages de son membre inférieur gauche, mais cette canne n'était mentionnée dans aucun rapport ; la force était conservée et la boiterie intermittente ; la différence entre la distance doigts-sol en position debout et la distance doigts-orteils en position assise ne concordait pas et le score de Waddell (5/5) suggérait une amplification des symptômes ; plusieurs médecins avaient également relevé des douleurs mal systématisées, accompagnées de signes de non-organicité ; malgré les douleurs, la tolérance de la position assise était bonne, la force des quatre membres conservée et l'assuré n'avait pas adopté de mesure de protection articulaire pendant l'entretien ; sur le plan psychique, l'assuré répondait de manière informative aux questions, mais se comportait de manière très plaintive ; cependant, comme en témoignait sa vie quotidienne, il ne présentait pas de diminution de la thymie, de l'intérêt, du plaisir et de l'énergie ; il n'avait pas non plus de difficultés de concentration, d'idées de dévalorisation, d'attitude pessimiste face à l'avenir, de trouble du sommeil d'origine dépressive ou de problème d'appétit ; il ne souffrait pas davantage d'un épisode dépressif caractérisé, car un seul critère somatique de la dépression était présent (diminution marquée de la libido) ; ses ressources psychiques étaient préservées au vu du bon réseau social dont il disposait, constitué de sa femme, de ses enfants et de ses nombreux amis ; pendant la durée de l'examen psychiatrique (1h45), il était resté sur sa chaise sans adopter d'attitude algique ; en présence de douleurs non expliquées entièrement par l'atteinte organique, un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques était retenu ; il n'y avait pas d'exagération délibérée de l'assuré, mais les douleurs ressenties étaient supérieures à ce que suggéraient les lésions organiques sous-jacentes ; le diagnostic devait être examiné à l'aune des ressources disponibles, lesquelles étaient conservées, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique ; globalement, les examinateurs concluaient que l'assuré était incapable d'exercer son activité antérieure de marbrier depuis sa chute du 17 décembre 2013 mais qu'il disposait, depuis le 17 juillet 2014 – sept mois après sa chute –, d'une pleine capacité de travail dans une activité permettant d'alterner les positions une fois par heure et d'éviter les fortes contraintes sur sa colonne vertébrale, le port de charges supérieures à 10 kg, les marches excédant 30 minutes, les positions statiques debout/assise, en porte-à-faux, et les mouvements au-dessus de l'horizontale, respectivement de flexion-extension en rotation du rachis ;

- le 3 janvier 2017, la doctoresse L_____, médecin auprès du SMR, a indiqué que, puisque l'assuré avait été hospitalisé en septembre 2015, il convenait de reporter le début de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée au mois de novembre 2015 plutôt qu'au 17 juillet 2014 ;

- un courrier rédigé le 29 mai 2017 par la Dresse E_____, informant l'OAI que l'assuré souffrait, malgré des antalgiques et des séances de physiothérapie, de douleurs chroniques invalidantes, évaluées à 8/10 sur une échelle visuelle analogique (EVA) ; exacerbées par la marche - dont le périmètre était restreint à 200 mètres - ces douleurs péjoraient la qualité de vie de l'assuré, qui ne sortait plus de chez lui ; il était suivi par un psychiatre pour un état dépressif et des troubles du sommeil liés à ses douleurs ; selon le médecin, cette situation justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; une réadaptation professionnelle était inenvisageable ;

- un courrier du 15 juin 2017 du docteur M_____, psychiatre-psychothérapeute, indiquant à l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis plusieurs mois pour un état dépressif réactionnel, lié à l'altération de son état de santé sur le plan somatique ; l'intéressé avait toujours travaillé depuis son arrivée en Suisse et y trouvait du plaisir ; il souffrait depuis plusieurs années de douleurs chroniques invalidantes du dos et un traitement antalgique lourd lui avait été prescrit ; ces douleurs avaient des conséquences sur sa vie familiale, sociale et professionnelle ; il ne sortait désormais qu'accompagné et ne pouvait plus travailler ; en consultation, il était accompagné par sa belle-sœur et ne pouvait rester assis pendant plus de 15 minutes ; il présentait une humeur triste, des troubles du sommeil, ainsi qu'un manque de confiance et d'estime de soi ; sa capacité de travail était nulle.

6. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a admis partiellement en date du 11 décembre 2018 (ATAS/1145/2018) : elle a annulé la décision du 19 septembre 2017 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

   Ont été versés à la procédure, notamment :

   - un courrier du 21 décembre 2016, du Dr I_____, des HUG, constatant un important syndrome lombo-vertébral, une mobilité du rachis lombaire très limitée dans tous les plans et des douleurs lombaires à la mobilisation des articulations coxo-fémorales ; s'agissant de l'épaule droite, tous les signes de conflit sous-acromial étaient positifs, mais il n'y avait pas d'argument pour une franche tendinopathie de la coiffe ;

   - un courrier du 16 octobre 2017 de la Dresse E_____ faisant état d'une évolution défavorable des douleurs lombaires, malgré la prise de traitements dérivés de la morphine ; les lésions mises en évidence par l'IRM suite à la chute de décembre 2013 étaient déjà présentes en 2006 ;

   - un rapport établi le 21 décembre 2017 par la consultation ambulatoire de la douleur des HUG : en 2006, l'assuré avait souffert une première fois d'une lombalgie gauche après avoir chuté d'un échafaudage ; suite à la nouvelle chute survenue en 2013, des lombosciatalgies gauches étaient apparues et une IRM avait mis en évidence un canal lombaire étroit et une hernie intra-foraminale gauche ; vu l'échec du traitement conservateur, une opération avait été pratiquée en 2015 ; depuis lors, l'évolution, défavorable, se caractérisait par une persistance voire une aggravation des lombosciatalgies gauches ; l'assuré se plaignait de douleurs lombaires intenses

irradiant la cuisse et le mollet gauche, d'une forte sudation et d'une sensation de lipothymie, mais également de « lâchages » du membre inférieur gauche et d'une perte de la sensibilité antérieure de la jambe ; les douleurs engendraient des troubles du sommeil et se répercutaient de manière très importante au niveau psychique, avec une dépression réactionnelle ; l'auto-questionnaire de Beck était compatible avec un épisode dépressif sévère et les scores de qualité de vie montraient une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie ; à l'examen clinique, l'état général était diminué et l'expression faciale algique à la moindre mobilisation, avec une sudation visible ; la palpation du membre supérieur gauche et des rachis cervical et lombaire était douloureuse et l'assuré, qui marchait avec une canne, présentait une boiterie de décharge vers la droite ; il souffrait de douleurs radiculaires avec composante neurogène aux niveaux L5 et dans la région C6-C7 à gauche ; au niveau cervical, les douleurs s'étaient aggravées depuis la dernière imagerie, en 2015, de sorte qu'une nouvelle IRM et un avis neurochirurgical étaient préconisés ;

- un rapport du service de neurochirurgie des HUG du 9 avril 2018, confirmant qu'au niveau cervical, les symptômes n'avaient pas répondu au traitement conservateur et évoquaient plutôt un problème chronique ;
- un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 10 avril 2018, notant la perte de près de 17 kg en 2017 et soulignant par ailleurs le fait que l'assuré se montrait volontaire et faisait de la physiothérapie ainsi que de la marche tous les jours durant 30 minutes autour de chez lui ; il souffrait d'un état dépressif et bénéficiait d'un suivi ;
- divers certificats d'arrêts de travail établis par la doctoresse N_____.

Dans son arrêt, la Cour a constaté que le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR n'avait pas été établi en pleine connaissance de la situation médicale et qu'il revêtait, à certains égards, un caractère incomplet, voire contradictoire.

Il était notamment reproché aux examinateurs du SMR de n'avoir pas discuté, même brièvement, du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors qu'ils avaient précisément relevé à maintes reprises qu'« une composante somatoforme aux douleurs » était suspectée par les médecins de l'assuré et qu'une partie des douleurs ne reposait sur aucun substrat organique.

Un renvoi pour instruction complémentaire se justifiait d'autant plus que l'état de santé de l'assuré pouvait s'être aggravé entre l'examen bidisciplinaire du SMR et la décision du 19 septembre 2017. En effet, dans son courrier de décembre 2016, le Dr I_____ avait fait état d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite et, dans leur rapport de décembre 2017, la consultation de la douleur des HUG avait signalé une évolution défavorable des lombosciatalgies gauches depuis la dernière imagerie réalisée en 2015 ; avait en outre été évoqué un épisode dépressif sévère et une diminution globale de tous les aspects de la qualité de la vie, dont le SMR avait déduit que l'état de santé de l'assuré pouvait s'être aggravé. La consultation de la

douleur des HUG avait aussi mentionné une baisse marquée de l'état général de l'assuré et une perte pondérale de 17 kg en 2017.

7. Dès lors, l'OAI a mis en œuvre un complément d'instruction et ont été versés au dossier, notamment :

   - un avis émis le 25 février 2019 par la Dresse L_____, du SMR, confirmant la nécessité d'une expertise rhumatologique et psychiatrique afin de se prononcer sur une potentielle aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen du SMR d'octobre 2016 ; au cas où le diagnostic de trouble somatoforme douloureux serait retenu, il faudrait l'analyser selon les indices jurisprudentiels et l'expertise devrait comporter un volet bidisciplinaire pour évaluer l'ensemble des atteintes et leur retentissement sur la capacité de travail ;

   - un rapport rédigé le 22 mars 2019 par la Dresse N_____, qualifiant l'état de son patient de stationnaire depuis 2013 ; les limitations fonctionnelles consistaient en difficultés à se mobiliser et en une diminution de la force des membres supérieur et inférieur gauches ;

   - un rapport du Bureau d'expertises médicales (BEM), rédigé par la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, en date du 30 août 2019, concluant, sur le plan somatique, à un syndrome pan-vertébral sur un status après maladie de Scheuermann, une discopathie C4-C5, une discopathie marquée C5-C6 avec rétrécissement foraminal bilatéral, un discret rétrécissement foraminal à gauche en C6-C7, des discopathies, une hernie discale protrusive droite, un status après décompression en L4-L5 et libération de la racine L5 le 12 juin 2015, une discopathie protrusive L4-L5, une discrète arthrose inter-facettaire bilatérale étagée avec de discrets signes de surcharge articulaire postérieure en L4-L5 gauche et à un syndrome radiculaire irritatif L5 gauche ; au plan psychique, l'assuré se plaignait de symptômes dépressifs réactionnels à ses douleurs et était suivi depuis 2016 par le Dr M_____ ; le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques était retenu, étant précisé que l'examen psychique était globalement superposable à celui du 29 novembre 2016 effectué par le SMR ; les ressources étaient conservées (capacité de planification et de structuration des tâches), on ne retrouvait ni grave trouble de la pensée, ni ralentissement psychomoteur sévère, ni trouble d'attention ou de la concentration ; la flexibilité et les capacités d'adaptation étaient en partie diminuées, mais l'endurance n'apparaissait pas significativement abaissée au vu de la description du quotidien de l'assuré, qui appréciait les contacts sociaux et disposait d'un large réseau d'amis ; les relations proches étaient bien investies ; au plan somatique la capacité de travail était estimée à 0% depuis décembre 2013, mais à 100% sur le plan psychique depuis toujours ; selon les experts, dans l'exercice d'une activité n'impliquant ni ports de charges supérieures à 5kg fréquents, ni surcharge des ceintures scapulaires, ni station debout ou assise prolongée, la capacité de travail était restée entière à l'exception des incapacités transitoires survenues du 17 décembre 2013 au mois de novembre 2015 ; la capacité de travail était entière dans une activité adaptée

depuis le 17 juillet 2014, mais repoussée à novembre 2015 en raison de l'intervention pratiquée le 12 juin 2015 et de l'hospitalisation en septembre 2015 ;

8. Le 23 septembre 2019, le SMR s'est rangé aux conclusions de l'expertise.

9. Le 1er octobre 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente au-delà de janvier 2016.

10. Le 25 octobre 2019, le Dr M_____ a communiqué à l'OAI ses remarques sur les conclusions du rapport d'expertise.

    Il a rappelé suivre l'assuré depuis mai 2016 pour un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive suite à des affections somatiques et à la perte de son emploi. Il s'est étonné du diagnostic retenu (majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques) alors même que l'expert avait écarté tout trouble de la personnalité et a reproché aux experts de n'avoir jamais évoqué le syndrome douloureux handicapant objectivé par le nombre de médicaments antidouleurs prescrits et les rapports fournis par la consultation de la douleur. Il a également fait grief à l'expert psychiatre de s'être basé sur des éléments non objectifs pour appuyer son propos (l'attitude de l'expertisé, sa manière de se déplacer, le choix de son fauteuil, sa manière de s'asseoir, etc.).

    Selon lui, l'assuré souffre bel et bien d'une dépression, désormais en rémission partielle grâce à une prise en charge psychothérapeutique intégrée avec un traitement antidépresseur conséquent. La capacité de travail de son patient est totale sur le plan psychique, mais nulle dans toute activité en raison des douleurs.

11. Le 11 novembre 2019, l'assuré a contesté la position de l'OAI et a produit à l'appui de sa position :

    - une brève attestation du 24 octobre 2019 de la Dresse N_____, attestant que son patient présente des atteintes incapacitantes ayant une répercussion directe sur sa capacité de travail, à savoir un syndrome douloureux chronique fluctuant résultant de plusieurs traumatismes subis en 2006 et 2013 et non soulagés par une prise en charge médicamenteuse, ayant un impact majeur sur son état psychologique ;

    - un rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur du 25 juillet 2019 indiquant que les activités étaient toujours très limitées et que le patient restait allongé la plupart du temps car il avait peur des épisodes de lâchage de son membre inférieur gauche ; il utilisait une béquille depuis trois ans pour une marche quotidienne de 20 minutes avant de se reposer ; les troubles du sommeil persistaient également, malgré les traitements, en partie à cause des dorsalgies ; le patient rapportait une thymie triste persistante et une variation de son poids de 15 kg qu'il n'arrivait pas à expliquer ;

    - un rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur du 9 septembre 2019 indiquant que les douleurs et insomnies restaient globalement identiques, que les activités étaient toujours limitées.

12. Le SMR a émis en date du 16 décembre 2019 un nouvel avis.

Il a estimé que les divers avis médicaux produits n'apportaient pas d'éléments en faveur d'une modification de l'état de santé avant ou depuis l'expertise.

Les experts avaient considéré que les atteintes douloureuses étaient en lien avec les atteintes rhumatologiques constatées cliniquement et radiologiquement et n'avaient pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Dans l'ensemble des domaines de la vie, l'assuré ne présentait aucune atteinte psychique incapacitante. Les éléments apportés par les médecins traitants constituaient simplement une interprétation différente d'un même état de faits.

13. Par décision du 9 janvier 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente au-delà du 31 janvier 2016.

    L'OAI a estimé que les nouveaux éléments versés au dossier confirmaient son évaluation initiale : une incapacité de travail durable était attestée depuis décembre 2013. Cependant, dans une activité adaptée, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail à partir de novembre 2015.

    La comparaison des gains entre le revenu avant invalidité, de CHF 74'110.-, et celui après invalidité, de CHF 59'969.-, conduisait à un degré d'invalidité de 19%.

14. Par écriture du 10 février 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision concluant à la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et, quant au fond, à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100% « de façon permanente et définitive » (sic).

    En premier lieu, le recourant invoque une partialité des experts.

    En second lieu, il estime que le rapport, émaillé de lacunes et d'erreurs, ne devrait se voir reconnaître aucune valeur probante.

    À l'appui de son recours, l'assuré produit, notamment :

    - un rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur du 15 juillet 2020 indiquant que les rachialgies sont globalement stables depuis l'année précédente et encourageant l'assuré à poursuivre son activité physique régulière ;
    - un rapport de la doctoresse Q_____, spécialiste en neurologie, du 19 février 2020, constatant après une électroneuromyographie (ENMG) que le nerf médian gauche était dans la norme tout comme le nerf cubital gauche ; le patient relatait une douleur importante partant de la région cervicale gauche et de l'épaule gauche irradiant jusqu'à la main gauche ; au status neurologique, la fermeture de la main gauche était incomplète, mais la force était normale dans les quatre membres ; le patient décrivait un hémisyndrome sensitif gauche, mais il n'y avait pas de signe neurologique en ce sens ; la présence d'un tremblement irrégulier de la main gauche dans certains mouvements était notée ; le médecin concluait à un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche avec une réaction inflammatoire de la main gauche (possible neuroalgodystrophie en évolution) ; l'ENMG ne mettait en évidence que de très

discrets signes en faveur d'une atteinte canalaire du nerf médian gauche ou canal carpien, sans indication de chirurgie, et n'expliquait pas les symptômes du patient ;

- un rapport d'IRM cérébral du 19 mars 2020 concluant à l'absence d'anomalie, notant simplement une sinusite chronique et l'existence d'un kyste ; aucune lésion ne pouvait expliquer la symptomatologie clinique.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 mars 2020, a conclu au rejet du recours.

    Selon l'OAI, le rapport d'expertise bidisciplinaire remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

    La motivation du recourant consistant essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre les experts et ses médecins traitants quant à sa capacité de travail ne saurait suffire à faire douter des conclusions de l'expertise.

16. Dans sa réplique du 5 juin 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit des documents émanant de la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en neurologie et de la doctoresse N_____, qui conclut à un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche avec réaction inflammatoire de la main gauche et qui évoque une possible neuroalgodystrophie en évolution.

17. Le 23 juin 2020, l'intimé, après avoir soumis les nouveaux documents médicaux produits par le recourant à son SMR, a persisté à conclure au rejet du recours.

    S'agissant du rapport de consultation du 19 février 2020 suite à une électroneuromyographie (ENMG) du membre supérieur gauche, il est noté que le spécialiste ne met pas en évidence d'anomalie au membre supérieur, en particulier ni diminution de force, ni diminution de la sensibilité, ni asymétrie des réflexes. L'ENMG relève de discrets signes en faveur d'une atteinte canalaire du nerf médian gauche, sans indication de chirurgie et n'explique pas les symptômes du patient. Selon le SMR, ce rapport n'amène aucun élément nouveau objectif. Les plaintes de l'assuré ont été prises en compte lors de l'expertise. L'absence d'anomalie à l'examen clinique et à l'ENMG conforte l'absence d'atteinte radiculaire ou compressive des troubles connus du rachis cervical. Quant à l'atteinte du nerf médian de la main gauche, elle est discrète et n'a pas de répercussion ni sur la symptomatologie ni sur la capacité de travail.

    Quant au rapport d'IRM cérébrale du 19 mars 2020, il met en évidence une sinusite chronique et un kyste au niveau de la partie postérieure de la glande hypophyse. Cependant, l'IRM ne met en évidence aucune atteinte somatique pouvant expliquer les plaintes de l'assuré au niveau du membre supérieur gauche. La sinusite et le kyste découverts de manière fortuite n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail.

18. Par écriture du 14 août 2020, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Il fait valoir que les problèmes concernant sa main gauche occupent une place importante dans l'analyse de la Dresse Q_____ et que, contrairement à ce qu'affirme le SMR, il existe donc bel et bien une symptomatologie ayant des répercussions sur sa capacité de travail qui nécessite des investigations complémentaires.

Le recourant produit par ailleurs un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG dont il ressort qu'un sevrage des antidouleurs s'est soldé par un échec.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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

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

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

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, dès le 31 janvier 2016, de la rente entière d'invalidité octroyée jusqu'alors au recourant.

7. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. 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 1er janvier 2008).

   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).

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou

le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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

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

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

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est

inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

    Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2).

12. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

    Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 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'article 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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

    Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

13. 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.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

14. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être

constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

15. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

16. En l'espèce, le recourant conteste toute amélioration de son état de santé et, en particulier, la pleine capacité à exercer une activité adaptée qui lui a été reconnue à compter de novembre 2015.

17. Le recourant se prévaut en premier lieu d'une partialité des experts. Il fait valoir que le BEM réalise des expertises médicales pour les offices AI et les assurances perte de gain, qu'il est donc régulièrement mandaté par les assurances sociales, que son activité économique se trouve concentrée sur les services aux assureurs obligatoires et qu'il y aurait donc un « problème de dépendance structurelle et économique » compromettant l'indépendance de l'organisme ayant procédé à l'expertise.

    C'est méconnaître la jurisprudence constante du Tribunal fédéral qui a déjà statué à plusieurs reprises sur des griefs comparables et qui estime que la consultation régulière d'un expert, le nombre d'expertises et de rapports demandés au même médecin et le volume d'honoraires qui en résulte ne créent pas en soi une dépendance vis-à-vis des offices AI qui pourrait être un motif de récusation (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3.3 p. 226 s. avec références).

    Quant aux éléments qui, selon l'assuré, fonderaient des doutes quant à l'impartialité des experts (le fait que l'expert ait relevé des discordances dans ses propos ou relaté la manière dont il s'était assis et comporté durant l'examen, que l'experte se soit trompée sur des dates et lieux), ils apparaissent dénués de pertinence. En effet, il appartient précisément à l'expert de relever d'éventuelles discordances et de relater les observations qui ont été les siennes lors de l'examen clinique. Quant aux erreurs

de dates commises s'agissant de la guerre au Kosovo, on voit mal en quoi elles auraient des conséquences sur le résultat de l'expertise et sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé.

C'est le lieu de rappeler que la partialité d'un expert ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et l'arrêt cité; arrêt 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). Relever la présence d'une forme d'amplification des symptômes, la recherche de bénéfices secondaires ou un caractère revendicateur ne constituent pas des éléments objectifs démontrant la partialité de l'expert dès lors qu'il s'agit d'éléments diagnostiques ou d'indicateurs pertinents devant permettre de se prononcer sur le caractère invalidant d'un trouble psychique : les ressources personnelles jouent un rôle important dans le sens où leur existence peut compenser le poids de la douleur et favoriser ainsi la capacité d'exécuter une tâche ou une action (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 p. 296 s.); des circonstances indiquant une exagération (telles qu'une amplification des symptômes ou un caractère revendicateur) constituent des éléments décisifs pour évaluer la pertinence du diagnostic (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 p. 298 s.); des ressources personnelles mobilisables sont déductibles du contexte social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 p. 303). Il est donc justifié que des experts examinent ces éléments afin de permettre d'en tirer des conclusions quant au caractère invalidant du trouble analysé (cf. ATF 145 V 361 consid 4.3).

Eu égard à ce qui précède, le grief de partialité est écarté.

18. Reste à examiner la valeur probante de l'expertise, contestée par le recourant.

L'expertise est fondée sur une documentation complète – il est vrai que les dernières imageries remontent à 2015, il y sera revenu plus loin –, elle est fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis et se montre convaincante quant aux diagnostics retenus. A priori, elle peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il convient de vérifier si des éléments médicaux objectifs permettraient malgré tout de s'écarter de ses conclusions.

Le recourant reproche au Dr P_____ de n'avoir pas investigué les effets douloureux des multiples séquelles à sa colonne vertébrale, d'avoir évoqué « un important parasitage » sans expliquer ce qu'il entendait par là et de n'avoir demandé aucun examen radiologique complémentaire, pour vérifier l'hypothèse d'une possible aggravation de son état depuis 2016. Selon lui, il n'était pas admissible que le Dr P_____ se contente des radiographies effectuées entre 2006 et 2016, soit avant octobre 2016, date de l'éventuelle aggravation.

L'expert rhumatologue a bel et bien investigué les douleurs consécutives aux multiples atteintes à la colonne vertébrale du recourant. Les diagnostics retenus correspondent d'ailleurs avec ceux retenus par les autres médecins s'étant exprimés dans le dossier (syndrome pan-vertébral sur un status après maladie de

Scheuermann, discopathie C4-C5, discopathie marquée C5-C6 avec rétrécissement foraminal bilatéral, discret rétrécissement foraminal à gauche en C6-C7, discopathies, hernie discale protrusive droite, status après décompression en L4-L5 et libération de la racine L5 le 12 juin 2015, discopathie protrusive L4-L5, discrète arthrose inter-facettaire bilatérale étagée avec de discrets signes de surcharge articulaire postérieure en L4-L5 gauche et syndrome radiculaire irritatif L5 gauche). Les points de fibromyalgie ont également été investigués et évalués à 4 sur 18, ce qui a permis d'écarter ce diagnostic. Il est vrai qu'aucun examen radiologique n'a été demandé en complément de l'expertise et que le dernier versé au dossier consistait en une échographie abdominale, le 1er septembre 2016. Toutes les atteintes vertébrales ont cependant été clairement identifiées et ont été documentées par les nombreux examens préalables. Dans la mesure où l'aggravation alléguée consistait principalement en une péjoration des douleurs et où il n'y a pas forcément de corrélation entre douleurs ressenties et imagerie, le fait que l'expert ait renoncé à des examens supplémentaires n'apparaît pas choquant en l'espèce. Comme déjà dit, les atteintes vertébrales sont établies, documentées et non contestées. Les experts en ont tiré les conséquences en retenant un certain nombre de limitations fonctionnelles, correspondant à celles retenues par les médecins traitants, à savoir : le fait d'éviter le port fréquent de charges supérieures à 5 kg, la surcharge des ceintures scapulaires, les stations debout ou assise prolongées. Seule l'évaluation de la capacité de travail dans une activité correspondant à cette description diverge entre experts et médecins traitants, mais ces derniers ne motivent pas les raisons de leur évaluation autrement que par les douleurs subjectives dont il a été admis qu'elles s'expliquaient partiellement par les atteintes rhumatologiques constatées radiologiquement et cliniquement et qui ont été prises en compte dans la définition des limitations fonctionnelles.

Pour le surplus, des éléments de discordance ont été relevés (notamment le fait que la musculature de l'assuré soit très bonne au niveau des ceintures scapulaires ou encore un important parasitage – ce qui revient à dire que l'expert a constaté des auto-limitations déjà relevées précédemment par le Dr J_____).

L'experte psychiatre a constaté les mêmes discordances, raison pour laquelle elle a retenu le diagnostic de majoration des symptômes. Celui de trouble somatoforme douloureux n'a en revanche pas été discuté et on peut le regretter. Cela n'est cependant pas rédhibitoire dans la mesure où, quoi qu'il en soit, l'experte psychiatre a malgré tout examiné les différents indicateurs énumérés par la jurisprudence en un tel cas (qui se rapproche d'ailleurs de celui de l'algoneurodystrophie évoquée par la Dresse Q_____).

En effet, au plan psychique, les symptômes et pertes de fonctionnalité dont se plaignait l'assuré n'étaient ni cohérents, ni plausibles et montraient une majoration. On ne relevait pas de limitations uniformes dans tous les domaines comparables de la vie puisque les loisirs et les relations sociales étaient bien maintenus et investies.

Là encore, le recourant n'amène aucun élément médical objectif susceptible de s'écarter des constatations de l'experte, puisque, de l'aveu même de son psychiatre traitant, il n'y a aucune incapacité de travail d'un point de vue strictement psychique.

Eu égard aux considérations qui précèdent, une pleine force probante doit être reconnue à l'expertise.

19. Le recourant fait également valoir que les problèmes concernant sa main gauche occupent une place importante dans l'analyse de la Dresse Q_____.

Certes, celle-ci a noté une faiblesse de la main gauche, ainsi qu'une difficulté de fermeture et un tremblement irrégulier.

Cependant, l'ENMG n'a mis en évidence aucune anomalie au membre supérieur, en particulier aucune diminution de force, aucune diminution de la sensibilité et aucune asymétrie des réflexes. L'ENMG n'a relevé que de discrets signes en faveur d'une atteinte canalaire du nerf médian gauche, sans indication de chirurgie et n'expliquant pas les symptômes. Comme brièvement relevé plus haut, la Dresse Q_____ a évoqué un possible syndrome douloureux dont il a déjà été dit que les conditions permettant de lui reconnaître un caractère invalidant n'étaient pas remplies.

Quant au rapport d'IRM cérébrale du 19 mars 2020, il met en évidence une sinusite chronique et un kyste au niveau de la partie postérieure de la glande hypophyse, sans incidence aucune sur la capacité de travail et aucune atteinte somatique pouvant expliquer les plaintes de l'assuré au niveau du membre supérieur gauche.

20. En d'autres termes, comme le fait remarquer l'intimé, la motivation du recourant consiste essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre les experts et ses médecins traitants quant à sa capacité de travail, mais cela ne saurait suffire à remettre en cause l'expertise. En effet, pour cela il eut fallu que des éléments objectifs vérifiables soient avancés, ce qui n'est pas le cas.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé s'est rangé aux conclusions de l'expertise et a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée à compter de novembre 2015.

En conséquence, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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