

GE_GERICHTE A/343/2015 vom 12. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_343_2015

FR: GE_GERICHTE A/343/2015 du 12 mai 2015

IT: GE_GERICHTE A/343/2015 del 12 maggio 2015

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1976, a une formation de technicien mécanicien, spécialiste en chauffage. Depuis 1999, il a travaillé dans sa profession à l'Etat de Genève. Il a été licencié de cet emploi avec effet au 31 août 2014.![endif]>![if> 2. L'intéressé est en incapacité de travail variable depuis le 31 octobre 2011 et continue dès le 12 juin 2012, hormis un essai de reprise à 20 % en novembre 2012 qui a échoué.![endif]>![if> 3. Selon le rapport du 27 novembre 2012 de la Dresse B_____, les plaintes et la symptomatologie rapportées du patient sont en majorité des douleurs et de la fatigue qui ne relèvent actuellement pas d'un trouble psychiatrique. Ces plaintes ne concordent pas avec les critères d'un état dépressif sévère. A cela s'ajoutent des troubles digestifs et un état anxieux important en lien avec son ressenti physique et le manque de reconnaissance de sa maladie. L'assuré a refusé un traitement antidépresseur, craignant souffrir davantage de troubles digestifs. Lors du dernier rendez-vous en date du 14 novembre 2012, il présentait un état presque confusionnel avec des difficultés à s'exprimer et une aggravation de son anxiété. La Dresse B_____ a posé le diagnostic de trouble de la personnalité histrionique, lequel ne justifiait cependant pas un arrêt maladie depuis plus d'une année. Des investigations d'ordre digestif, neurologique et infectieux étaient encore nécessaires pour exclure un problème somatique. Un diagnostic psychiatrique ne pouvait être posé que par exclusion. Les autres diagnostics, à savoir un trouble anxieux généralisé et un état dépressif secondaire ne justifiaient pas non plus l'arrêt de travail de longue durée, l'origine des plaintes étant indéterminée. Au cas où aucun problème d'origine organique ne serait mis en évidence, le diagnostic de somatisation, versus un trouble hypocondriaque, pourrait être retenu.![endif]>![if> 4. En décembre 2012, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 5. Le rapport d'examen neuropsychologique du 11 décembre 2012 de la doctoresse C_____, neurologue FMH, et de Madame D_____, psychologue FSP et neuropsychologue, a conclu à une très discrète atteinte attentionnelle, probablement en lien avec les symptômes de la lignée dépressive. Le reste de l'examen, en particulier les fonctions mnésiques, se situait dans les normes. La discrépance entre les nombreuses plaintes exprimées par l'assuré et la quasi normalité de ce bilan était probablement à mettre en lien avec l'état psychique.![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 21 janvier 2013, la doctoresse E_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué que l'assuré décrivait un problème d'épuisement, actuellement extrême, qui avait débuté il y a plusieurs années, était déjà très marqué début 2010 et l'avait conduit à refuser une promotion professionnelle. Il dormait douze heures, ne sortait plus, même pour faire ses courses, demandait à sa mère de cuisiner pour lui, n'avait

aucune vie sociale et aucun loisir. Il décrivait également des troubles digestifs et des problèmes de perception thermique. Les investigations avaient mis en évidence une sérologie de borréliose positive traitée en 2012. Le traitement n'avait pas infléchi les symptômes. Le bilan neuropsychologique était globalement normal. L'état d'asthénie, les troubles de concentration et d'intolérance à l'effort pourraient correspondre à un syndrome post-infectieux dans le contexte de la maladie de Lyme. Les diagnostics de cette praticienne étaient un état dépressif et un état d'épuisement, ainsi que des troubles digestifs. A cela s'ajoutait un status post-traitement maladie de Lyme. L'incapacité de travail était totale, mais on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à une date qui n'était pas déterminable. ![/endif]>![if > 7. Selon le rapport de la doctoresse B_____, psychiatre FMH du 14 février 2013, l'assuré présente les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de somatisation, trouble de l'adaptation et anxio-dépressif, trouble du comportement alimentaire, une personnalité histrionique et un syndrome post-infectieux post maladie de Lyme qui était encore à déterminer. Il avait consulté plusieurs psychiatres, à chaque fois pour une courte durée. L'assuré était persuadé de souffrir d'un état de fatigue chronique, de troubles neurologiques et digestifs depuis la déclaration d'une maladie de Lyme, soit d'une atteinte organique. Cette praticienne avait essayé d'entreprendre un suivi conjoint avec Madame F_____, psychologue FSP et spécialiste en thérapie cognitive et comportementale. Cependant, l'assuré avait peu adhéré à la psychothérapie, invoquant sa fatigue et donnant la priorité aux investigations somatiques. Après l'introduction progressive d'un traitement antidépresseur, aucune modification n'avait pu être constatée d'un point de vue psychiatrique. A ce tableau clinique s'ajoutaient des difficultés relationnelles avec un retrait social sévère et des troubles du comportement alimentaire (bizarreries, tendance à l'anorexie). Le problème de somatisation était extrêmement difficile à aborder et ce genre de trouble ne répondait en général pas au traitement médicamenteux. Le patient devrait poursuivre un traitement psychiatrique intégré. Dans les restrictions, la Dresse B_____ a mentionné asthénie, trouble de la concentration et de l'attention, trouble du comportement alimentaire, trouble de la mémoire non objectivé, difficultés relationnelles (démonstratif, multiples plaintes, troubles du comportement) probable somatisation (céphalées, vertiges, douleurs abdominales fréquentes), anxiété sévère, peur de perdre le contrôle, tristesse réactionnelle et idées suicidaires fluctuantes durant les dernières semaines. Il était incapable d'effectuer les tâches quotidiennes. La capacité de travail était nulle. Le suivi psychiatrique avait été interrompu le 12 février 2013.![endif]>![if > 8. Selon le rapport du 18 mars 2013 du docteur G_____, psychiatre FMH, l'asthénie physique et psychique de l'assuré engendrait des difficultés à gérer le quotidien, dès lors qu'il présentait beaucoup de comportements ritualisés, sans les caractéristiques du trouble obsessionnel compulsif. La thymie était triste avec des idées noires, sans idée suicidaire. A cela s'ajoutaient un caractère pathologique de son comportement alimentaire et une anxiété anticipatoire importante. Les diagnostics de ce médecin étaient un épisode dépressif moyen d'évolution chronique et un trouble alimentaire avec une alimentation restrictive dans un contexte asthénique. Le pronostic pour la reprise de travail était réservé. Actuellement, la capacité de travail était nulle.![endif]>![if > 9. Selon le rapport d'évaluation pour une intégration professionnelle (IP) du 2 avril 2013 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), l'assuré aimait son activité professionnelle. Il souffre d'un état de faiblesse depuis environ une dizaine d'années avec certains symptômes qui remontaient à son enfance. Il ne sort plus que pour aller voir ses médecins et n'a pas de loisir. L'assuré a déclaré qu'il ne pourrait pas reprendre son travail. Il ne souhaitait pas non plus bénéficier de

mesures d'intégration professionnelle. [endif]>[if> 10. Selon le rapport du 22 avril 2013 de la Dresse E_____, les capacités fonctionnelles de l'assuré ont encore diminué et il ne sort plus que pour se rendre aux visites médicales. Toute sa journée est méticuleusement organisée autour de sa protection (analyse de la température, contrôle de l'ouverture et de la fermeture des fenêtres, organisation et contrôle de son alimentation soumise à beaucoup de restrictions, préparation de notes en vue des consultations), de sorte qu'il n'y a aucune place pour une autre activité. La capacité de travail est nulle.[endif]>[if> 11. Selon la note de travail IP du 7 juin 2013 relative à un entretien téléphonique avec Madame H_____, psychologue au service de santé de l'Etat de Genève, aucune reprise de travail ne semble envisageable. Outre l'état de fatigue de l'assuré, les restrictions alimentaires compromettent tout projet de reprise et même une hospitalisation à la clinique de Montana.[endif]>[if> 12. Selon le rapport de clôture IP du 10 juin 2013, aucune reprise d'activité ni mesure ne semblent envisageables, raison pour laquelle l'OAI a communiqué le 18 juin 2013 à l'assuré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient actuellement pas indiquées. [endif]>[if> 13. Selon le rapport du 1 er juillet 2013 de la Dresse I_____ de la consultation psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) de la Servette, l'assuré souffre d'une neurasthénie et d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Les diagnostics de troubles de l'alimentation et de traits de personnalité anxieuse et évitante sont sans répercussion sur la capacité de travail. Sa première plainte est une grande fatigue et une baisse de l'élan vital. L'assuré s'inquiète beaucoup pour sa dégradation mentale et physique. Il parle abondamment, presque de manière obsessionnelle, de ses troubles de digestion et intolérances alimentaires. La capacité de travail est nulle et le pronostic réservé.[endif]>[if> 14. En mars 2014, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur J_____, psychiatre FMH. Dans son rapport du 15 mars 2014, celui-ci n'a posé aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de neurasthénie, depuis environ 2002, et d'accentuation de traits de personnalité anxieuse et évitante, existant depuis l'adolescence, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Ainsi, la capacité de travail était complète au plan psychique. A l'examen, l'assuré était euthymique et niait un abaissement de l'humeur. Il avait un intérêt pour certaines émissions de télévision et du plaisir de rencontrer sa mère ou de découvrir de nouvelles activités comme un cours de percussion japonaise, auquel il participait volontiers chaque semaine depuis septembre 2013. Malgré la fatigue alléguée, il avait participé activement à l'examen d'une durée de plus de trois heures sans signe d'une diminution importante de l'attention et de la concentration. Il était capable de conduire sa voiture pour se rendre régulièrement chez un naturopathe en France, à 50 km de Genève. Cela était en contradiction avec sa déclaration, selon laquelle il devait demander à sa mère de le conduire pour faire des courses à Annemasse, à seulement 10 km de Genève. Ses déclarations étaient également incohérentes en ce qu'il disait avoir des grosses difficultés pour écrire, lesquelles s'aggravaient le soir, alors qu'il avait été capable d'adresser à l'expert spontanément un courrier électronique de plus d'une page à 18h18. Les observations cliniques ne permettaient pas non plus de confirmer une fatigue énorme après seulement dix minutes de conversation légère, telle qu'alléguée. L'assuré présentait une diminution d'estime de soi et de la confiance en soi depuis son enfance, selon ses déclarations. Sa plainte essentielle était une grande fatigue depuis 2002 environ et aggravée sévèrement depuis 2010. Cette fatigue survenait dans un contexte de stress psychosocial, comme la maladie cancéreuse de sa mère et la séparation de ses parents il y a environ dix ans, suivie par une restructuration professionnelle annoncée fin 2009, mettant l'assuré face à son manque de confiance en soi.

Ses plaintes correspondaient à une neurasthénie. Les moments d'angoisse et de dépression mineure en réaction à la fatigue ne justifiaient pas le diagnostic autonome d'un trouble de l'adaptation. Les syndromes digestifs n'étaient pas associés à un sentiment de détresse, de sorte que le diagnostic de somatisation ne pouvait être retenu. La fixation de l'assuré sur son sentiment d'épuisement et la recherche d'une explication somatique de sa neurasthénie s'inscrivaient dans une structure de personnalité marquée par une perception de soi comme inférieure aux autres. Depuis son enfance, sa vie sociale témoignait ainsi d'un refus de nouer des relations, à moins d'être certain d'être accepté. Néanmoins, il avait été capable de suivre avec succès une formation professionnelle et de s'intégrer d'une manière stable dans la vie professionnelle. Il avait également effectué le service militaire sans difficulté manifeste et s'était engagé dans une relation sentimentale, décrite comme positive, pendant des années. Après des situations de stress psychosocial, comme la séparation de sa compagne en avril 2010, suivie par un incendie, avec perte de logement, il avait continué à mener une vie indépendante, faisant preuve de ressources personnelles, par exemple pour passer des vacances dans le sud de la France en avril 2012, où il s'était rendu seul en voiture. Il prenait aussi l'initiative de poursuivre des intérêts personnels, en participant à un cours de percussion japonaise dans un groupe d'au moins dix personnes chaque semaine depuis septembre 2013. Il n'ait toute anxiété lors de rendez-vous officiels et ne montrait pas d'évitement des activités sociales. Toutefois, sa tendance à l'hyper expressivité des symptômes, avec surtout une description dramatique de sa fatigue, témoignait de l'adoption d'un rôle de malade dans le cadre d'une accentuation de traits de personnalité anxieuse et évitante, n'ayant pas valeur de maladie. Le rôle de malade semblait être maintenu par le bénéfice secondaire du soulagement de l'obligation de poursuivre une activité professionnelle et d'affronter le défi d'une restructuration à sa place de travail. Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie. L'assuré continuait à mener une vie autonome et d'affronter les exigences de la vie quotidienne. Il n'y avait ainsi pas une maladie psychiatrique incapacitante qui l'empêchait de surmonter son sentiment subjectif de fatigue dû à la neurasthénie pour reprendre son activité habituelle. ![/endif]>![if> 15. Selon l'avis médical du 7 avril 2014 de la doctoresse K_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR), la capacité de travail de l'assuré est totale.![endif]>![if> 16. Par courrier du 11 avril 2014, la Dresse E_____ a fait savoir à l'OAI qu'elle restait totalement convaincue que l'assuré ne disposait d'aucune capacité de travail sur le plan psychique et qu'elle contestait donc les conclusions de l'expertise du Dr J_____.![endif]>![if> 17. Le 14 avril 2014, l'assuré a exprimé à l'OAI son désaccord avec l'expertise psychiatrique. L'entretien de près de quatre heures avait été très difficile pour lui et il avait été choqué qu'aucune pause ne lui avait été proposée. L'expert ne l'avait laissé répondre que très brièvement à ses questions et, même à la fin de l'entretien, l'assuré n'avait pas eu le temps de compléter ses déclarations, mais avait été rapidement mis à la porte. Concernant le cours de percussion japonaise, il l'avait entrepris au départ avec une psychomotricienne et le cours était limité à quelques séances seulement. C'est ainsi qu'il avait trouvé lui-même un cours début septembre 2013. Ces cours étaient plus une thérapie qu'un loisir. Ils étaient très difficiles, car après seulement quelques minutes il ne voyait plus ce qu'il faisait et où il frappait. Le cours était souvent plus une souffrance qu'un plaisir, d'autant plus qu'il avait des problèmes de mémorisation et faisait beaucoup d'erreurs. Le jour qui précédait le cours d'une heure quarante-cinq, il devait se reposer chez lui. Le lendemain, il était complètement épuisé et passait la journée au lit, se levant uniquement pendant quatre ou cinq heures pour manger et

digérer. Par ailleurs, si son suivi psychothérapique se limitait à une séance par mois, cela tenait au fait qu'il était trop fatigué et qu'un suivi plus intense l'empêcherait de faire autre chose. Concernant le ménage, il n'avait pas répondu correctement à la question du Dr J_____. En effet, il avait honte de dire qu'il passait l'aspirateur seulement une ou deux fois par année. Il ne faisait la vaisselle que lorsqu'il n'y avait plus rien de propre, et n'arrivait pas à changer les draps du lit aussi souvent que nécessaire. De ce fait, il ne laissait même pas pénétrer sa mère à l'intérieur de sa maison. Concernant le fait qu'il avait envoyé un courrier électronique à l'expert le soir, il a expliqué qu'il ne s'était levé que vers 17h. Du reste, il avait simplement recopié des notes qu'il avait prises pour l'expertise, mais dont il n'avait pas eu la possibilité de parler. S'agissant de sa capacité de conduire, l'autoroute se trouvait à 1 km de son domicile et le menait à destination de son naturopathe. En ville, il ne pouvait conduire que pendant quelques minutes et sur des trajets qu'il connaissait, ses réflexes étant vite fortement diminués. Il avait dès lors opté pour une voiture automatique. Quant à son voyage dans le sud de la France en 2012, il avait parcouru les 500 km en douze heures, en faisant de très nombreuses pauses. Il n'était en outre pas vrai qu'il menait une vie indépendante, ne pouvant cuisiner, faire ses courses, laver son linge, faire le ménage, aller à la pharmacie, faire ses paiements et ses courses. Sa mère devait l'aider au quotidien. Quant à sa sensibilité extrême aux changements de température, il s'adaptait par les habits, lorsqu'il se rendait au cours de percussion. Il souffrait également d'autres problèmes de santé qu'il n'avait pas pu évoquer lors du rendez-vous (reflux gastrique, problèmes de vision, éruptions cutanées fréquentes, problèmes articulaires aux chevilles et aux genoux, désorientation avec vertiges). Il était ainsi incapable de travailler. L'assuré a aussi contesté le bénéfice secondaire qu'il tirait de l'incapacité de travail, dès lors qu'il aurait pu profiter des offres très flexibles que lui offrait l'Etat de Genève pour reprendre le travail dans un poste provisoire adapté à ses capacités ou dans une nouvelle fonction. Enfin, il a ajouté qu'il lui avait fallu cinq jours et demi à plein temps pour lire le rapport d'expertise et pour écrire ce courrier, tout en manquant son cours de percussion.!

18. Le 4 août 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les mesures professionnelles et une rente d'invalidité.!

19. Le 12 septembre 2014, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, se prévalant d'une neurasthénie invalidante extrêmement importante. A cela s'ajoutait la sensation de chaud-froid intermittente, un ralentissement psychomoteur important, l'impression d'être souvent perdu, de devoir fournir un effort extrême pour se mobiliser et d'avoir d'énormes problèmes de mémoire et d'attention. En outre, il souffrait de vertiges et d'inappétence avec l'impression que tout ce qu'il mangeait était toxique et l'empoisonnait. Il avait besoin de l'aide de sa mère pour toutes les activités de la vie quotidienne et il n'arrivait notamment pas à effectuer des démarches administratives. La fatigue chronique l'avait isolé. Le docteur L_____ avait par ailleurs confirmé qu'il avait été infecté par la borréliose et que les examens de laboratoire du 16 avril 2014 n'excluaient pas une neuro-borréliose chronique, ce qui pourrait expliquer les symptômes. L'assuré était toujours suivi par la doctoresse M_____, psychiatre au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée des HUG (CAPPI), et une thérapie cognitivo-comportementale était en préparation. Enfin, il a rappelé les carences de l'expertise mises en exergue dans son courrier du 14 avril 2014 et reproché à l'expert d'avoir fait abstraction des atteintes d'ordre physique. !

20. L'assuré a joint au courrier précité le courrier que la Dresse E_____ a adressé le 28 août 2014 à son mandataire. Dans ce courrier, ce médecin a indiqué que le suivi sérologique ne donnait aucune information, les anticorps restant très positifs pendant des années.

L'assuré n'avait en outre aucune manifestation articulaire ni neurologique. Il n'y avait ainsi aucun moyen de vérifier si l'asthénie correspondait à un syndrome post-Lyme. Son incapacité de travail totale était attestée par différents psychiatres. Les limitations fonctionnelles étaient majeures, l'assuré ne faisant que partiellement ses courses, n'arrivant pas à gérer son ménage et ne sortant que pour les courses et les rendez-vous médicaux. Il avait réussi à participer assez régulièrement pendant quelques mois au groupe de psychomotricité de la consultation psychiatrique et à un cours de percussion japonaise une fois par semaine. Cependant, après quelques mois, il avait renoncé à ce cours en raison de sa fatigue. Son isolement social était complet. Cette praticienne était ainsi convaincue qu'il présentait une incapacité de travail totale, après l'avoir suivi de façon régulière depuis 2012.!

21. Au courrier de l'assuré à l'OAI était également joint le rapport du 16 juin 2014 du docteur N_____, neurologue FMH, à la Dresse E_____. Selon ce rapport, le bilan neuropsychologique est dans les normes. Le traitement de la neurasthénie passe plutôt par des thérapies cognitivo-comportementales, ainsi que la récupération progressive au moyen d'exercices physiques et mentaux de plus en plus soutenus. Le Dr N_____ a ainsi conseillé de poursuivre la prise en charge avec le Dr O_____ à Château-d'Oex qui traitait l'assuré par acupuncture, phytothérapie et homéopathie, de continuer les compléments vitaminiques et d'essayer d'astreindre l'assuré à un programme de récupération physique. Par ailleurs, un suivi psychiatrique paraissait indispensable.!

22. L'assuré a annexé également à son écriture précitée le rapport du 8 septembre 2014 du Dr L_____, lequel a admis que l'expertise était très bien faite et complète. Les résultats en laboratoire confirmaient que l'assuré avait été infecté par la borréliose et n'excluaient pas une neuro-borréliose chronique. Les symptômes correspondaient au profil biologique. Cependant, le Dr L_____ ne pouvait pas certifier que l'incapacité de travail de l'assuré était spécifiquement due à une neuro-borréliose chronique active, en relevant que certains de ses patients à sérologie positive pouvaient continuer à exercer leurs activités habituelles. Selon ce médecin, l'assuré avait envie de reprendre une vie active, mais ne s'en sentait pas capable. A l'heure actuelle il était en incapacité réelle de travailler, mais le Dr L_____ se donnait encore six mois à partir de septembre pour aider l'assuré à retrouver les forces nécessaires pour une reprise de travail. Enfin, des signes biologiques mesurables reproductibles étaient présents dans le dossier médical pour témoigner d'une infection chronique froide (inflammation sans fièvre).!

23. Dans un courrier daté du 9 septembre 2014, annexé également à l'opposition au projet de décision, l'assuré a fait part dans les détails de ses symptômes et du déroulement de la vie quotidienne.!

24. Le 20 octobre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI l'attestation du 9 octobre 2014 de la Dresse M_____ du CAPPI, selon laquelle l'assuré présente une symptomatologie compatible avec le diagnostic de neurasthénie et un fonctionnement psychique organisé sur un mode obsessionnel, ce qui limite fortement sa capacité de travail et la gestion de ses activités de la vie quotidienne. Le pronostic reste réservé en raison de la pauvre capacité d'introspection et de l'investissement déficitaire dans une relation thérapeutique, ainsi que le refus d'une thérapie pharmacologique.!

25. Dans son avis médical du 11 décembre 2014, la doctoresse P_____ du SMR a relevé qu'une neuro-borréliose a été exclue par le Dr N_____, dès lors qu'il avait confirmé que tous les examens effectués dans le contexte d'investigation d'une telle maladie se révélaient négatifs. La sérologie positive ne suffisait pas pour donner le diagnostic d'une neuro-borréliose. Par ailleurs, au niveau psychiatrique, toute pathologie avec valeur de maladie avait été exclue.!

26. Par décision du

15 décembre 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.![endif]>![if> 27. Par acte du 2 février 2015, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sous suite de dépens. Il souffrait d'importants problèmes physiques, notamment d'une fatigue très importante et de troubles digestifs, engendrant une incapacité totale de travailler. L'expertise était contredite par ses médecins traitants. Par ailleurs, l'expert avait manqué d'objectivité, en ce qu'il avait estimé qu'il s'était installé dans un rôle de malade et en qualifiant ses plaintes d'incohérentes, au dépit de la bonne compliance soulignée par les Drs E_____ et L_____.![endif]>![if> 28. Dans sa réponse du 3 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant essentiellement sur l'expertise du Dr J_____, à laquelle il a attribué une pleine valeur probante. Quant à la Dresse E_____, elle n'avait apporté aucun élément médical objectif pour étayer l'incapacité de travail totale du recourant. Une neuro-borréliose avait été exclue par le spécialiste en neurologie. Le Dr L_____ n'était pas non plus en mesure de certifier que l'incapacité de travail du recourant était due spécifiquement à une neuro-borréliose chronique active.![endif]>![if> 29. Auditionné le 25 mars 2015 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :![endif]>![if> « Je ne suis pas opposé à suivre une psychothérapie. Cependant, il m'est impossible de me rendre deux fois par semaine chez un psychiatre ou un psychologue, à cause de ma fatigue extrême. Généralement, je ne sors qu'une fois par semaine. A cela s'ajoute que les psychiatres au CAPPI changent fréquemment. Néanmoins, j'ai consulté une psychiatre en privé en janvier 2015. Il s'agit de la Dresse Q_____. Je l'ai vue deux fois jusqu'à présent. En février, j'ai dû annuler le rendez-vous. Je n'exclus pas qu'une partie de mes problèmes soit d'ordre psychiatrique. Je pense par ailleurs qu'il me faudrait de l'aide pour me permettre de travailler, si mon état de fatigue devait s'améliorer. Actuellement, je n'arrive pas à gérer mon quotidien et je manque de concentration (mon cerveau ne suit pas). Quant au test neuropsychologique, on m'avait dit au départ que j'avais tout mon temps et que je pouvais prendre une pause entre les exercices. Les exercices étaient toutefois chronométrés. Ils ne s'enchaînaient cependant pas et n'étaient pas suffisamment contraignants en termes de temps. Les seuls exercices où j'ai eu des difficultés n'ont pas été pris en compte au motif que les résultats ne pouvaient pas être interprétés, dès lors qu'ils étaient incohérents avec le reste. J'ai suivi durant trois mois un traitement antibiotique chez le Dr L_____. D'autres traitements suivront et je ne sais pas quand une nouvelle évaluation pourra être faite. » 30. Par courrier du 27 avril 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention d'ordonner une expertise psychiatrique, et leur a communiqué les questions à poser à l'expert.![endif]>![if> 31. Dans un avis médical du 5 mai 2015, le docteur R_____ du SMR a considéré qu'il n'était pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique. Le cas échéant, il conviendrait que l'expert se prononce sur les critères de sévérité des troubles assimilés au trouble somatoforme.![endif]>![if> 32. Dans son courrier du 7 mai 2015, l'intimé a également considéré qu'une nouvelle expertise psychiatrique n'était pas justifiée et s'y est opposé, l'expertise du Dr J_____ ayant une pleine valeur probante. ![endif]>![if> 33. Par écriture du 7 mai 2015, le recourant a consenti au choix de l'expert et à sa mission. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGa; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;![endif]>![if> Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard

aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En présence de syndromes sans pathologie ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est 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 138 V 457 , consid. 5.3 et la référence).

La neurasthénie et le syndrome de fatigue chronique sont à considérer comme des troubles somatoformes, selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Or, 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 sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). 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 nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. 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 plaintes et le comportement observé, de plaintes importantes 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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). 3. En l'espèce, le recourant relève certaines inexactitudes dans le rapport d'expertise, en ce que le Dr J _____ semble mettre en doute la réalité des plaintes du recourant, notamment le fait que la fatigue l'empêche de mener une vie normale. Or, ce fait est confirmé par les médecins traitants. Ceux-ci considèrent par ailleurs tous que la capacité de travail du recourant est nulle. [endif]>[if> Au vu des inexactitudes de certaines constatations ou déductions mises en exergue par le recourant, qui peuvent également constituer un indice pour un parti pris du Dr J _____, son expertise n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. Cela étant, il s'avère nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique. 4. Celle-ci sera confiée à la doctoresse S_____. [endif]>[if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale. [endif]>[if> B. La confie à la Dresse S_____. [endif]>[if> C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : [endif]>[if> - Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____. [endif]>[if> - Examiner personnellement l'expertisé. [endif]>[if> - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants. [endif]>[if> - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. [endif]>[if> - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : [endif]>[if> 1. Anamnèse. [endif]>[if> 2. Plaintes [endif]>[if> 3. Constatations objectives. [endif]>[if> 4. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ? [endif]>[if> 5. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les troubles psychiques, à l'exclusion d'une éventuelle neurasthénie diagnostiquée ? [endif]>[if> 6. La neurasthénie est-elle accompagnée d'une comorbidité psychique grave par sa durée et son acuité, et dans l'affirmative, de laquelle ? [endif]>[if> 7. Dans la négative, comment expliquez-vous sur le plan psychiatrique la neurasthénie dont souffre M. A_____ ? [endif]>[if> 8. Monsieur A_____ présente-t-il 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) ? [endif]>[if> 9. Constatez-vous des discordances entre les plaintes alléguées et le comportement observé ? [endif]>[if> 10. Les plaintes de Monsieur A_____ vous paraissent-elles crédibles ou avez-vous l'impression qu'il y a une exagération des symptômes ? [endif]>[if> 11. Peut-on raisonnablement exiger de Monsieur A_____ un effort de volonté pour surmonter sa fatigue et exploiter sa force de travail résiduelle ? [endif]>[if> 12. Quelle est la capacité de travail de M. A_____ sur le plan psychiatrique ? [endif]>[if> 13. Partagez-vous les conclusions de l'expertise du Dr J_____ ? Le cas échéant pourquoi vous en écarterez-vous ? [endif]>[if> 14. Quel est votre pronostic ? [endif]>[if> D. Invite la Dresse S_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. [endif]>[if> E. Réserve le fond. [endif]>[if> La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le