



**Attendu en fait** que Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1974, a travaillé comme carreleur de 2002 à janvier 2008, date à laquelle il a été licencié ;

Qu'il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) le 21 octobre 2008, indiquant souffrir d'une dépression sévère ;

Que le 29 septembre 2008, l'OAI a reçu une évaluation psychiatrique du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, datée du 24 septembre 2008, adressée au docteur C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur-maladie, dans laquelle le diagnostic d'état dépressif modéré à sévère avec syndrome somatique depuis janvier 2008 a été posé, justifiant une incapacité de travail à 100% dans toute activité ; que le Dr B\_\_\_\_\_ a préconisé une prise en charge psychiatrique plus intensive, avec suivi médico-infirmier et un changement de traitement s'il n'y avait aucune amélioration clinique ;

Que par rapport du 13 mai 2008, la docteure D\_\_\_\_\_, médecin interne au HUG département de psychiatrie, a attesté que le patient suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré et que la capacité de travail était nulle depuis janvier 2008, une reprise du travail étant éventuellement possible dans six mois, progressivement ;

Que dans un rapport du 24 novembre 2009, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin interne au département de psychiatrie des HUG, indiquait que l'état de santé était stationnaire, que le patient pourrait bénéficier d'une reprise de son activité professionnelle de manière progressive sur un période de trois mois ;

Que par courrier du 21 mai 2010, suivi de rappels, l'OAI a demandé à l'assuré de communiquer le nom du médecin qui le suivait sur le plan somatique ;

Que par décision du 15 novembre 2010, entrée en force, l'OAI, statuant en l'état du dossier, a rejeté la demande de mesures d'ordre professionnel et de rente d'invalidité, motif pris que l'assuré n'avait pas participé à des mesures d'instruction exigibles ;

Que l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 19 juillet 2013 ;

Qu'il a produit divers documents médicaux, dont notamment un rapport de la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin généraliste, du 29 septembre 2013, diagnostiquant des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne CD lombaire sur discopathie C5-C6 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, tendinopathie de l'épaule droite et état anxio-dépressif aigu récurrent avec crises de panique ;

Que l'OAI a reçu également un résumé d'intervention du CTB, du 22 avril 2008, retenant comme diagnostic un état dépressif moyen, un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 16 février 2014, attestant une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis août

2011, le patient présentant d'importants troubles fonctionnels à l'épaule droite et un état anxio-dépressif aigu ;

Que l'assuré a été examiné le 26 mai 2014 par les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que par la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du SMR ;

Que dans leur rapport du 10 juin 2014, les médecins ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une tendinose du muscle supra-épineux droit ; que selon la Dresse I\_\_\_\_\_, du point de vue psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractères incapacitant, de sorte que sa capacité de travail est de 100 % sur le plan psychique depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009 ; que l'incapacité de travail est de 100% dans le métier de carreleur depuis le 21 septembre 2011, mais que dans une activité adaptée la capacité de travail est totale depuis cette date ;

Que le projet de refus de prestations du 11 août 2014 a été contesté par l'assuré, qui s'est opposé aux conclusions de l'examen du SMR sur le plan psychiatrique, en totale contradiction avec les médecins qui l'ont suivi ; qu'il a communiqué à l'OAI un rapport détaillé établi le 4 septembre 2014 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui diagnostiquait un trouble délirant (F.22.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F.33.1) et un trouble panique (F.41.0) ;

Que le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé ces diagnostics dans son rapport à l'attention de l'OAI du 4 décembre 2014, précisé qu'il suivait l'assuré depuis le 29 avril 2014, listé les vingt-cinq consultations et indiqué que l'incapacité de travail était de 100% depuis le 29 avril 2014 ; un traitement neuroleptique était indiqué, mais le patient avait mal supporté le Remeron, Zyprexa et Seroquel, l'avait stoppé et se montrait très méfiant ;

Que dans un rapport intermédiaire du 10 avril 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé s'était amélioré, que suite à l'introduction du Risperdal, on constatait une baisse des angoisses la nuit avec amélioration du sommeil, que persistaient notamment les idées délirantes de persécution et le discours projectif, une tristesse, l'évitement du contact social, le sentiment de dévalorisation et de culpabilité ; que le pronostic était réservé ;

Que le Dr J\_\_\_\_\_ a précisé par rapport du 8 mai 2015 que l'assuré était toujours suivi à son cabinet, que le patient était sous traitement de Risperdal avec un effet bénéfique sur ses angoisses et ses troubles du sommeil, que les prochains objectifs en ce qui concerne le traitement psychotrope était d'augmenter la dose de Risperdal et éventuellement l'introduction d'un traitement antidépresseur, que les difficultés rencontrées par la mise en place d'un traitement psychotrope s'expliquaient en partie par la psychopathologie du patient, notamment la composante persécutoire ;

Que l'OAI, sur avis du SMR, a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique et mandaté le docteur K\_\_\_\_\_, du Centre neuchâtelois de psychiatrie ;

Que dans son rapport du 26 janvier 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ a observé une certaine clinique du registre anxieux, avec mise en place de conduites d'évitement en lien avec un sentiment de persécution, les idées de persécution étant présentes mais avec peu de résonance affective, donc difficilement interprétables ; que le traitement neuroleptique étant prescrit à des doses trop faibles, il ne lui était pas possible de confirmer ou d'infirmier un trouble psychotique ; que certains aspects lui faisaient suspecter une certaine majoration des symptômes ; qu'il n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation nocive pour la santé n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail ; que formellement, l'assuré est autonome, qu'il ne présente pas de troubles cognitifs majeurs, qu'il montre une bonne capacité fonctionnelle et qu'en l'absence d'un traitement adéquat, la capacité de travail dans le métier de carreur lui paraît entière ; qu'il conclut à une capacité pleine après une période de réentraînement au travail de trois mois à 50% ;

Que par décision du 8 mars 2016, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré, au motif que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée depuis septembre 2011 et qu'après comparaison des gains, son degré d'invalidité (1%) était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité ;

Qu'en date du 25 avril 2016, l'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours contre cette décision, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, respectivement rhumato-psychiatrique, et principalement à l'annulation de la décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; qu'il soutient que l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ ne revêt pas pleine valeur probante ; qu'il produit un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ relevant notamment que les discordances relevées par l'expert ne sont pas étayées; que l'expert indique ne pas être en mesure d'infirmier la présence d'un trouble psychotique, mais écarte de manière catégorique le diagnostic de trouble psychotique ou délirant ;

Que dans sa réponse du 24 mai 2016, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ et à l'avis du SMR ;

Que dans leurs écritures et lors de l'audience de comparution personnelle, les parties ont persisté dans leurs conclusions ;

Que par courrier du 16 septembre 2016, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert et les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, tout en leur impartissant un délai au pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation ;

Que les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation de l'expert, l'intimé par pli du 6 octobre 2016 et le recourant par écriture du 31 octobre 2016;

Que la chambre de céans a complété les questions dans la mesure de leur pertinence ;

**Considérant en droit** que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - E 2 05) ;

Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1) ;

Que 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) ;

Qu'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 ;

Qu'en particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3) ;

Qu'en effet, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références) ;

Que lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ;

Qu'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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3) ;

Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 139 V 496 consid. 4.4 ; 137 V 210 consid. 4.4.2) ;

Qu'en l'espèce, la chambre de céans constate que la situation médicale du recourant sur le plan psychiatrique n'est pas claire, au regard des importantes divergences, tant du point de vue des diagnostics que sur le plan de la capacité de travail, résultant des conclusions de l'expert et celles des médecins traitants, notamment celles du Dr J\_\_\_\_\_, psychiatre traitant ;

Que l'expert, tout en affirmant ne pas être en mesure d'infirmier ou de confirmer un trouble psychotique, écarte cependant le diagnostic de trouble délirant en raison d'une multitude de discordances ;

Que les rapports circonstanciés du Dr J\_\_\_\_\_ qui suit le recourant de manière intensive depuis le 29 avril 2014 sont de nature à jeter un doute quant à la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ ;

Que le Dr J\_\_\_\_\_ relève en particulier qu'en raison de la complexité de la psychopathologie présentée par le patient et notamment de sa méfiance, il lui paraît évident qu'une évaluation psychiatrique basée sur un seul entretien ne peut donner à l'expertisé l'espace suffisant et adapté pour exprimer le plus librement possible son vécu et dévoiler l'entièreté de sa souffrance ; que les éventuelles discordances relevées par l'expert, non détaillées dans son rapport, ne justifient pas la non prise en compte des idées délirantes, clairement identifiables et systématisées, à condition qu'on donne au patient l'opportunité de pouvoir en parler ;

Qu'au vu de ce qui précède, en l'état actuel, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives sur l'état de santé psychique du recourant et de ses éventuelles conséquences sur sa capacité de travail ;

Qu'il se justifie dans ces conditions d'ordonner une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements et/ou requérir tous rapports médicaux auprès des médecins ayant traité le recourant, notamment les médecins des consultations ambulatoires psychiatriques de Belle-Idée et le CTB secteur de la Jonction, ainsi que le Dr J\_\_\_\_\_ ;
  - c) examiner et entendre le recourant lors de plusieurs entretiens, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
  - d) si nécessaire, requérir tous renseignements utiles auprès de la famille du recourant et ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée (familiale, personnelle, professionnelle, psychosociale et psychiatrique).
  2. Plaintes et données subjectives du recourant.
  3. Constatations objectives, status clinique.
  4. Diagnostics ou diagnostics différentiels selon la classification internationale (CIM-10).
  5. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes :
    - a) Le recourant souffre-t-il de troubles psychiques? Depuis quand?
    - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
    - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon la CIM-10 ? Veuillez détailler votre réponse.
    - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues aux troubles diagnostiqués ?

- e) Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ?
  - f) Depuis novembre 2010, les troubles psychiques constatés sont-ils demeurés stables ? Se sont-ils aggravés ou au contraire améliorés ? Veuillez détailler votre réponse.
6. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent,
    - a) dans l'activité habituelle
    - b) dans une activité adaptée.
  7. Préciser si les éventuelles dépendances de l'assuré ont une incidence sur sa capacité de travail et, dans l'affirmative, depuis quand et dans quelle mesure.
  8. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (en pourcent).
  9. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant décrire son évolution, en particulier depuis le 15 novembre 2010.
  10. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
  11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
  12. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. Si oui, lesquelles ?

Ces mesures médicales sont-elles raisonnablement exigibles du recourant ? Veuillez expliquer et vous prononcer sur les éventuels effets secondaires.
  13. En cas de divergences avec l'évaluation faite par le SMR dans son rapport d'examen du 16 mai 2014, ainsi que dans ses avis des 3 mars 2016 et 9 mai 2016 notamment, tant du point de vue des diagnostics que de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, veuillez en expliquer les raisons.
  14. En cas de divergences avec l'évaluation faite par le Dr K\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 26 janvier 2016, tant du point de vue des diagnostics que de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, veuillez en expliquer les raisons.
  15. En cas de divergences avec les évaluations faites par le Dr J\_\_\_\_\_ les 4 septembre 2014, 4 décembre 2014, 10 avril 2015, et 13 avril 2016,

tant du point de vue des diagnostics que de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, veuillez en expliquer les raisons.

16. Appréciation du cas et pronostic global.
17. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert.
5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le sort des frais.
7. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le