

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1560/2007

ATAS/184/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 19 février 2008

Chambre 5

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de
Lyon 97, GENEVE

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur Z _____, est de profession chauffeur de taxi et chauffeur-livreur.
2. De septembre 1997 au 31 août 1999, l'intéressé a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage.
3. Depuis décembre 1997, il est en incapacité totale de travailler dans sa profession.
4. Par demande reçue le 4 avril 2000, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente, en raison de crises d'épilepsie.
5. Selon le rapport du 26 mai 2000 du Dr A _____, neurologue, l'assuré ne peut plus conduire des véhicules à moteur en raison d'une épilepsie. Il mentionne à cet égard des crises répétitives depuis 1997 malgré le traitement. Il note également un état subdépressif. Une activité à 50 % serait exigible dans une autre profession et des mesures professionnelles sont indiquées, selon ce médecin.
6. Dans son rapport du 30 août 2000, le Dr B _____, généraliste, diagnostique une épilepsie connue depuis 1991, des lombosciatalgies récidivantes et un état dépressif réactionnel depuis 1998 environ. Le patient pèse 110 kg et présente des troubles statiques lombo-sacrés avec spondylose. La capacité de travail est nulle depuis le 21 février 2000.
7. Dans le rapport du 29 mai 2002 de la Division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), il est notamment mentionné que l'assuré souffre de problèmes de sommeil et qu'il est sous anti-dépresseur. Au cours des deux dernières années, il a grossi de 30 kg en raison de "stress et d'inactivité". La perspective de reprise d'une activité à temps partiel semble motiver l'assuré. La Division de réadaptation professionnelle préconise dès lors la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle.
8. Convoqué à un tel stage pour le 10 juin 2002, l'assuré fait savoir à l'OCAI, par courrier du 6 juin 2002, qu'il ne pourrait se présenter à ce stage pour des raisons de santé. Il joint à son courrier un certificat médical du Dr

B_____ attestant une incapacité de travail totale depuis le 21 février 2000.

9. Selon la note du 17 juin 2002 du médecin-conseil de l'OCAI, le Dr C_____, l'assuré n'a pas commencé le stage d'observation prévu alors qu'il avait été examiné il y a environ un mois par le Dr D_____, médecin-conseil du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Renseignements pris auprès de son médecin traitant, le Dr B_____, le patient est cyclo-thymique et déprime une à deux fois par an. Il s'est fait établir par le Dr B_____ un certificat d'arrêt de travail, sans l'avoir informé qu'il devrait commencer un stage d'observation professionnelle. Le patient pèse par ailleurs 130 kg.
10. Par courrier du 20 juin 2002, l'assuré est enjoint de se présenter au CIP pour le 12 août 2002.
11. Dans son certificat médical du 29 juillet 2002, le Dr E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, atteste suivre l'assuré en traitement de psychothérapie. En raison d'une dépression, d'une asthénie et d'une apathie importantes, il est pour l'instant empêché d'avoir des activités normales. Il convient d'en tenir compte pour le stage d'observation professionnelle prévu. Son patient désire réellement effectuer ce stage dans des bonnes conditions. Le Dr E_____ estime par ailleurs que, sur le plan thérapeutique, il s'agit d'un moyen approprié pour l'aider à sortir de sa torpeur.
12. Selon le rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 2 septembre 2002, le stage d'observation professionnelle, lequel aurait dû durer du 12 août au 8 septembre 2002, a été arrêté après une semaine. A ce moment, l'assuré était visiblement mal. Il est mentionné dans ce rapport également que lorsque l'assuré se sent bien, il fournit autant d'efforts que cela lui est possible. Sa problématique psychique semble dominante et les matinées sont difficiles en raison des médicaments. Lorsqu'il n'est pas bien, cela se lit sur son visage, il devient déstructuré, bâcle ses activités et donne l'impression d'être à bout. Contacté par les réadaptateurs, le Dr E_____ a confirmé l'état apathique de son patient et relevé une inertie importante chez celui-ci. Toutefois, selon le psychiatre traitant, il n'y a pas d'indication pour une hospitalisation en milieu psychiatrique. Une mesure de réadaptation à 50% serait la bienvenue d'autant plus que son patient a éprouvé du plaisir à effectuer la semaine à l'observation professionnelle. Le Dr E_____ doute

par ailleurs que son patient puisse augmenter son taux d'activité à plus de 50 %.

13. Selon le rapport COPAI du 20 septembre 2002, la courte période d'observation professionnelle du 12 au 29 août 2002 a fait apparaître un intérêt, voire des aptitudes de la part de l'assuré à réaliser des nouvelles tâches. Cette période était toutefois trop courte pour déterminer la capacité résiduelle de travail. Il est par ailleurs relevé dans le rapport COPAI que la position assise est maintenue sans signe d'inconfort durant plusieurs heures et que la mobilité des bras, des jambes et de la rotation de la tête ne font paraître aucune limitation. L'assuré a démontré de bonnes aptitudes face à de nouvelles tâches et s'est montré intéressé. Il était toutefois en retrait du groupe, n'a lié aucun contact avec celui-ci et, au cours des entretiens journaliers, s'est exprimé de manière lente et saccadée en gardant la mâchoire serrée. Lorsque des informations orales étaient données ou durant les discussions du groupe, il semblait le plus souvent inattentif. Compte tenu de ces quelques observations réalisées, les maîtres de réadaptation ont considéré que l'état actuel de l'assuré ne lui permettait pas de reprendre une activité économique dans des conditions normales, en dépit de ses bonnes capacités d'adaptation et des aptitudes suffisantes pour suivre éventuellement une petite formation. Dans le rapport annexé du Dr D_____ du 12 septembre 2002, il est indiqué que l'épilepsie est actuellement stabilisée. L'assuré se plaint également de dorso-lombalgies modérées, non significatives en ce qui concerne une éventuelle activité professionnelle. Il est resté lors de l'entretien avec ce médecin très évasif en ce qui concerne un éventuel état dépressif et ne présentait pas de signes manifestes de dépression ce jour-là. Le stage d'observation professionnelle a été interrompu sans justification.
14. L'assuré est convoqué ensuite à des mesures d'observations professionnelles pour le 14 octobre 2002 à la Fondation PRO. Il ne s'y est pas présenté.
15. Du 17 au 23 octobre 2002, l'assuré est hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana. Les Dresses F_____ et G_____, diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Comme comorbidités, elles mentionnent une épilepsie, une hypercholestérolémie et une obésité sévère. Elles indiquent par ailleurs que l'assuré a manifesté des difficultés d'adaptation liées au changement de cadre. Son humeur s'est nettement péjorée à l'arrivée d'un nouveau patient dans sa chambre et il a décidé de partir le jour même à son domicile.

16. Dans son rapport médical du 12 février 2005, le Dr B_____ confirme les diagnostics de la Clinique de Montana. L'état est stationnaire depuis son séjour dans cet établissement. Dans l'annexe à son rapport de la même date, il indique qu'aucune activité professionnelle n'est exigible de la part de l'assuré.
17. En mai 2006, l'assuré fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr H_____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 27 juin 2006, ce médecin diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif majeur, épisode isolé de gravité actuelle mineure/épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines avec troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, de sédatifs ou d'hypnotiques, et non observance du traitement. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont trouble des conduites alimentaires non spécifié et hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. Le Dr H_____ diagnostique également, avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité borderline. Les facteurs de décompensation consistent en une rupture avec une amie en 1998, dans la même année la fin des cours de voile qu'il donnait, le retrait du permis de conduire en raison de crises d'épilepsie, la maladie de sa mère (Alzheimer) et le décès du père. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert mentionne le repli social, des troubles cognitifs, la fatigue, la consommation alcoolique, la forte dose d'anxiolytique, l'irritabilité et l'évitement de la foule. Il estime en outre que "Le pronostic pour le regain d'une capacité de travail de l'ordre de 50 % est favorable", compte tenu de la motivation de l'expertisé de retrouver un emploi, l'ouverture pour un suivi psychothérapeutique, la rémission presque complète de l'état dépressif. Les éléments pronostiques négatifs sont les suivants: la forte dose de benzodiazépines dont il bénéficie actuellement, la dépendance alcoolique pour laquelle il est anosognosique, l'absence de suivi psychiatrique, l'état de santé de sa mère et l'absence de réseau social sur lequel il pourrait s'appuyer. L'expert relève par ailleurs une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. La capacité actuellement exigible est de 70 % dans une activité adaptée, selon l'expert, à condition que l'expertisé adhère aux mesures médicales. La compliance au traitement anti-dépresseur doit notamment être assurée, afin de baisser la consommation de calmants. Une diminution de la consommation alcoolique, voire un sevrage, et une abstinence sont exigibles. L'épisode dépressif est en rémission depuis 2004. A partir de juillet 2003, la capacité de travail est de 50 %.

18. Dans le rapport du 31 juillet 2006 du Dr I_____ du Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après: SMR), il est indiqué que la capacité de travail exigible est de 70 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : irritabilité, évitement de la foule, repli social, travail irrégulier, travail en hauteur. On peut par ailleurs raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement médical qui devrait permettre d'améliorer de manière significative sa capacité de travail.
19. De la fiche d'examen du dossier de l'OCAI du 25 août 2006, relative au calcul de la perte de gain, il ressort qu'est pris en considération en tant que revenu sans invalidité une rémunération de 19 fr. l'heure en 1997, soit de 41'500 fr. par an en 1997, et de 44'701 fr. en 2003, année de l'aptitude à la réadaptation. Cette fiche mentionne comme activité habituelle celle de chauffeur-livreur.
20. Par décision du 20 mars 2007, l'OCAI octroie à l'assuré une rente entière ordinaire du 1^{er} août 2001 au 31 octobre 2003, puis un quart de rente du 1^{er} novembre 2003 au 31 mars 2005. Ce faisant, il considère que l'assuré a une capacité de travail totale dans une activité adaptée jusqu'en juillet 2000 et qu'il n'a ainsi pas subi de perte de gain jusqu'à cette date, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 41'885 fr. en 1997 et d'un revenu dans une activité simple et répétitive de 45'629 fr. pendant cette même année. Le droit à une rente entière est né une année après qu'une incapacité de travail entière a été constatée dès août 2000. En se fondant sur l'expertise du Dr H_____, l'OCAI constate ensuite une amélioration de la capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} juillet 2003 et diminue la rente trois mois après l'amélioration constatée. Dans la comparaison de salaire, il a pris en considération, à titre de salaire d'invalidé, celui de 1997 augmenté en fonction du coût de la vie jusqu'en 2003. La perte de gain s'élève ainsi à 45 %, selon le calcul de l'OCAI. Il admet par ailleurs une diminution de 15 % des salaires statistiques, pour tenir compte des handicaps de l'assuré. Dès le 1^{er} janvier 2005, l'OCAI constate une amélioration de la capacité de travail à 70 % et supprime ainsi la rente trois mois après cette amélioration, soit dès le 1^{er} avril 2005, en tenant compte des salaires précités augmentés du coût de la vie en 2005.
21. Par lettre du 16 août 2007, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Il fait valoir, avec pièces à l'appui, que son état de santé n'a cessé de se détériorer depuis le dépôt de sa demande, ce qui est attesté par le Dr B_____. Sur le conseil de celui-ci, l'assuré suit par ailleurs une psychothérapie chez le Dr J_____.

Son surpoids actuel lui a créé également des problèmes pulmonaires traités par la Dresse K_____.

22. Par acte du 30 mai 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, tout en renvoyant à la décision attaquée, pour ce qui concerne la motivation. S'agissant des nouveaux certificats médicaux produits par l'assuré, l'intimé fait valoir qu'ils ne sont pas susceptibles de mener à une appréciation différente du cas, dans la mesure où ils ne fournissent aucune indication quant à une éventuelle aggravation objective de l'état de santé.
23. A la demande du Tribunal de céans, le Dr J_____ informe le 22 août 2007 le Tribunal céans qu'il suit le patient depuis le 18 août 2006 et que ses diagnostics sont les suivants: troubles dépressifs majeurs de gravité moyenne sans syndrome somatique, dépendance à l'alcool avec troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, dépendance aux benzodiazépines, hyperphagie, personnalité borderline, épilepsie et obésité morbide. Subjectivement et objectivement le tableau clinique a été amélioré et sa gravité est passée de moyenne à faible. Le Dr J_____ partage par ailleurs les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail par le Dr H_____. La compliance est irrégulière. Quant au pronostic, il est relativement bon, si le traitement est correctement suivi. L'expert pense enfin qu'un complément d'expertise serait justifié.
24. Dans le délai imparti aux parties pour se déterminer sur la réponse du Dr J_____, l'intimé relève, par courrier du 19 septembre 2007, que ce médecin fait état d'une amélioration de l'état de santé du recourant. Il persiste par conséquent dans ses conclusions.
25. Le 27 novembre 2006, le Dr H_____ répond aux questions que le Tribunal de céans lui a posé par courrier du 14 novembre 2007. Il indique qu'une capacité de travail de 50 % est exigible depuis la deuxième moitié de l'année 2003 et une capacité de travail de l'ordre de 70 % dès le moment de l'expertise. Toutefois, le maintien dans la durée d'une telle capacité de travail est discutable en l'absence de mesures médicales psychiatriques appropriées. Il explique par ailleurs sur quels éléments il s'est fondé pour admettre une rémission de l'épisode dépressif majeur depuis 2004. A cet égard, il mentionne que, depuis l'hospitalisation du recourant à la Clinique de Montana en octobre 2002 dans un état dépressif sévère, il a bénéficié d'un traitement médicamenteux important et d'une prise en charge auprès du Dr E_____. Il a pu arrêter cette thérapie, se sentant beaucoup mieux. Par la suite, il n'a

déclaré à l'expert aucune aggravation de son état psychique et n'a non plus fait état d'une nouvelle prise en charge psychiatrique ambulatoire, d'une augmentation de la prise en charge auprès du médecin traitant ou de l'adjonction de nouveaux psychotropes. Au moment de l'expertise, il y a eu une rémission presque complète de l'état dépressif majeur et le mode de vie qui accompagne cette rémission ne semble pas récent. L'expert communique par ailleurs ce qui suit :

"3. Pour préciser encore une fois la notion de capacité de travail exigible à 70 %, il est exact qu'au moment même de l'expertise, en l'absence de mesures médicales appropriées, l'expertisé ne présentait pas une telle exigibilité et que sa capacité de travail durable était plutôt estimée à 50 %. Cependant, la reprise d'une prise en charge psychiatrique, la réduction voire l'abstinence alcoolique et la baisse de la consommation de calmants pouvant débiter rapidement, il était permis d'escompter le regain d'une capacité de travail durable à 70%.

4. Au moment même de l'expertise, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 %. La consommation alcoolique ainsi que la dépendance aux benzodiazépines découlent de l'atteinte psychiatrique en lien avec le trouble de la personnalité de type état limite décompensé (3.). Selon l'axe IV du diagnostic, axe mentionnant les facteurs de stress notamment émotionnels auxquels est exposé l'expertisé, l'on constate une accumulation de ses facteurs de stress ces dernières années, conduisant à une décompensation de la personnalité et de la pathologie addictive."

26. Invité à se déterminer sur ce complément d'expertise du Dr H_____, le recourant répond, par courrier du 7 janvier 2008, que le Dr B_____ estime que son état général continue à se dégrader.

27. A l'appui de ses dires, il transmet une attestation médicale de ce médecin du 3 janvier 2008, par laquelle celui-ci certifie qu'il suit le recourant depuis avril 1987 et que son patient présente une polypathologie actuellement représentée par une obésité pathologique, avec problèmes psychiatrique, rhumatologique et respiratoire. A titre de diagnostics, il mentionne un trouble dépressif récurrent avec épisodes sévères et un status épileptique stabilisé. La Dresse Christine K_____ a par ailleurs décrit un syndrome obstructif chronique

avec asthme modéré persistant. Récemment, le patient a également consulté le Dr L_____, spécialiste en pneumologie, qui suspecte un syndrome d'apnée du sommeil. Enfin, du point rhumatologique, l'obésité entraîne un état inflammatoire de type arthrosique qui va en s'aggravant. Son poids est actuellement de 140 kilos pour une taille de 1,85 m.

28. Selon l'avis médical du 19 décembre 2007 de la Dresse Sylvie M_____ du SMR, le Dr J_____ a constaté, dans son courrier du 22 août 2007 au Tribunal de céans, que le trouble dépressif était en rémission. Ce médecin partage par ailleurs les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail du Dr H_____. En outre, la symptomatologie dépressive était suffisamment améliorée, subjectivement et objectivement, au cours de l'année 2007 et la prise en charge a été interrompue le 6 juin 2007. Quant aux informations complémentaires fournies par le Dr H_____, la Dresse M_____ fait observer que celui-ci se contredit. Toutefois, dans la mesure où le Dr J_____ a constaté une amélioration très nette de l'état de santé, les conclusions du Dr H_____ sont valables dès le 17 juin 2006 de manière durable.
29. Se fondant sur cet avis médical, l'intimé maintient ses conclusions, par courrier du 14 janvier 2008.
30. Par lettre du 16 janvier 2008, l'intimé se détermine sur le rapport du 3 janvier 2008 du Dr B_____ et persiste dans ses conclusions.
31. Par courrier du 22 janvier 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr N_____, tout en leur communiquant les questions à poser à l'expert.
32. Par missive du 23 janvier 2008, l'intimé transmet au Tribunal de céans l'avis médical du 23 janvier 2008 du SMR, ainsi que les rapports du 25 septembre et du 17 octobre 2006 de la Dresse K_____, ainsi que du 3 décembre 2007 du Dr L_____, tout en maintenant ses conclusions antérieures.
33. Selon le rapport du 25 septembre 2006 de la Dresse K_____, le recourant présente un asthme modéré persistant avec une fatigue au réveil, un état dépressif et une hypersomnolence. L'oxymétrie nocturne s'est révélée normale.

34. Le 17 octobre 2006, la Dresse K_____ atteste que le recourant présente des fonctions pulmonaires normales, sous traitement.
35. Le Dr L_____ atteste le 3 décembre 2007 que le recourant a déconditionné son asthme depuis plus d'un mois, probablement à la faveur d'un syndrome post-nasal assorti d'un reflux gastro-œsophagien.
36. Sur la base de ces rapports, le Dr I_____ du SMR fait observer dans l'avis médical précité, qu'il ressort des tests pulmonaires que le recourant ne présente qu'un asthme léger et intermittent qui répond favorablement au traitement, de sorte que cette atteinte ne porte pas préjudice à sa capacité de travail. Un syndrome d'apnée du sommeil a été exclu. Quant à l'aggravation relevée par le Dr L_____, elle est survenue dans le contexte d'une sinusite avec écoulement postérieur et doit dès lors être considérée comme transitoire. Sur le plan rhumatologique, le Dr I_____ indique que le médecin traitant mentionne une obésité entraînant un état d'inflammation de type arthrosique qui va en s'aggravant. Cependant, compte tenu de ce que ce médecin n'a pas retenu les diagnostics pneumologiques ou rhumatologiques antérieurement, qu'il a indiqué en février 2005 que la situation était superposable à celle rencontrée en 2002 et que le compte rendu relatif à l'hospitalisation du recourant à la Clinique de Montana ne fait aucune mention d'un examen somatique, le Dr I_____ estime qu'il n'existe aucun élément objectif d'ordre médical permettant de conclure à une atteinte somatique invalidante.
37. Par courrier du 12 février 2008, l'intimé s'est déterminé sur le choix de l'expert et les questions à poser à celui-ci.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

2. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr H_____. Celui-ci a admis, dans son rapport du 27 juin 2006, une amélioration de la capacité de travail à 50 % dès juillet 2003. Au moment de l'expertise, l'épisode dépressif était en rémission et ceci depuis 2004. Ses conclusions concernant la capacité de travail depuis la dernière amélioration ne sont cependant pas claires et convaincantes. En effet, à la page 16 de son rapport au ch. 5.5, il affirme que le pronostic pour le regain d'une capacité de travail de l'ordre de 50 % est favorable. Toutefois, à la page 17, ch. 6, il déclare que la capacité de travail actuellement exigible est de 70 % dans une activité adaptée. Dans le complément d'information qu'il a fourni au Tribunal de céans par son courrier du 27 novembre 2006, il affirme au ch. 1 qu'une capacité de travail de l'ordre de 70 % est exigible à partir du moment de l'expertise, mais que le maintien dans la durée d'une telle capacité de travail est discutable en l'absence de mesures médicales psychiatriques appropriées. Au ch. 4, il déclare qu'au moment de l'expertise, la capacité de travail exigible n'était que de 50 %.

Par ailleurs, un trouble de la personnalité de type état limite est signalé. Selon le Dr H_____, la consommation d'alcool, ainsi que la dépendance aux benzodiazépines découlent de ce trouble de la personnalité décompensée. Il ne semble cependant pas avoir examiné la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail, alors même qu'il estime que cette atteinte est actuellement décompensée.

Certes, le psychiatre traitant du recourant, le Dr J_____ a attesté d'une amélioration de l'état du recourant et partage les conclusions du Dr H_____ concernant les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail. Toutefois, comme relevé ci-dessus, cette dernière évaluation est contradictoire.

A cela s'ajoute que l'état psychique du recourant est manifestement très fluctuant, comme il ressort de l'anamnèse. Dans ces conditions, le Tribunal de céans s'étonne que l'expert n'ait pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, sans aucune explication.

Il apparaît ainsi que les atteintes psychiatriques du recourant sont complexes et ne sauraient se résumer à un simple état dépressif. Or, il ne ressort pas du rapport d'expertise du Dr H_____ qu'il ait tenu compte de toute la complexité des pathologies psychiatriques pour l'évaluation de la capacité de

travail, l'accent étant essentiellement mis sur la rémission du trouble dépressif.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr H_____ n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans. Partant, il s'avère nécessaire de faire examiner le recourant par un expert psychiatre indépendant.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr N_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de M. Z_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressé, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics, sur le plan psychiatrique, dans une classification reconnue ?
 2. L'expertisé souffre-t-il notamment d'un trouble dépressif majeur, récurrent, d'un trouble de la personnalité borderline et d'une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines ?
 3. Si vous deviez avoir diagnostiqué une dépendance à l'alcool et à d'autres substances, celle-ci découle-t-elle d'une atteinte psychiatrique et, dans l'affirmative, de laquelle ?

4. Au cas où vous devriez avoir constaté un trouble de la personnalité, celui-ci est-il décompensé et, dans l'affirmative, comment cette compensation se manifeste-t-elle ?
5. Quelles limitations présente l'expertisé sur le plan psychiatrique dans une activité professionnelle adaptée ?
6. Quelle est sa capacité de travail, sur le plan psychiatrique, dans une activité adaptée ?
7. Selon votre appréciation sur la base du dossier médical et des renseignements fournis par les médecins de l'expertisé, comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis le 1^{er} juillet 2003 ?
8. Si vous deviez avoir constaté des fluctuations dans l'état de santé du recourant, convient-il d'admettre qu'il présente une amélioration durable des atteintes psychiques, sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre et, dans l'affirmative, depuis quelle date ? Veuillez motiver votre avis.
9. La dépendance à l'alcool et à d'autres substances éventuellement diagnostiquée, limite-elle la capacité de travail ? Dans l'affirmative, est-il exigible que l'assuré s'abstienne de ces substances ?
10. L'obésité de l'expertisé est-elle essentiellement due à un trouble des conduites alimentaires ? Est-il exigible de la part de l'expertisé, en l'état et sans traitement psychiatrique spécifique, qu'il perde du poids ?
11. Monsieur Z_____ pourrait-il empêcher les diminutions de la capacité de travail, sur le plan psychiatrique, en faisant preuve de bonne volonté ?
12. Comment vous déterminez-vous sur le rapport d'expertise du Dr H_____, ainsi que son complément?
13. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr N_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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