

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1797/2011

ATAS/602/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 17 juin 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à GENEVE

Recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12; GENEVE

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1953, est au bénéfice d'un diplôme de commerce obtenu à l'École Benedict à Genève en 1971. Par la suite, il a bénéficié d'une formation interne chez X_____ ASSURANCES en qualité d'employé au service externe de la société. Il a travaillé dans cette assurance de 1975 à 1997. En dernier lieu, il a travaillé à raison de 75 % en tant que gestionnaire en assurances de la société ASSURANCE Y_____ SA et à raison de 25 % en tant que courtier en assurances pour la société Z_____ SA.
2. L'intéressé souffre d'une maladie coronarienne sévère qui a provoqué cinq infarctus en 1999, 2002, avril 2006 et juillet 2009. A cela s'ajoute une artériopathie des membres inférieurs avec une angioplastie en 1996, 2002, 2003 et 2004.
3. En octobre 2008, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de mesures de réadaptation professionnelle.
4. Par courrier du 7 novembre 2008, l'assuré informe l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) qu'il était salarié chez ASSURANCE Y_____ SA et chez Z_____ SA. Dans le cadre de ses emplois il était assuré auprès de respectivement la X_____ ASSURANCES et XA_____ ASSURANCES, lesquelles ont pris en charge l'incapacité de travail dont il était victime au cours des années 2004 et 2005. Il précise par ailleurs qu'il est devenu actionnaire unique et administrateur des sociétés dont il était employé le 1^{er} janvier 2006. En raison des infarctus dont il a été victime en 2006, elles ont fait faillite. En ce qui concerne l'incapacité de travail depuis avril 2006, aucun assureur n'est intervenu pour la perte de gain, les primes des assurances n'ayant pas été payées par les sociétés. Depuis le 1^{er} novembre 2006, il est soutenu financièrement par l'Hospice Général.
5. Le 16 décembre 2008, le Dr L_____, médecin traitant, et le Dr. M_____, médecin répondant de la Permanence de Chantepoulet, posent les diagnostics avec effet sur l'incapacité de travail de syndrome d'apnée du sommeil, de périarthrite scapulo-huméral gauche et d'état dépressif. Les diagnostics suivants sont sans effet sur l'incapacité de travail : status post-infarctus en 1999, status angioplastie en 1999, status post-artériopathie des membres inférieurs, status PTCA artère iliaque droite en 2003 et status post-angioplastie en 2006. La capacité de travail est nulle depuis 2007. Les restrictions physiques, mentales et psychiques se manifestent par des insomnies, un état anxio-dépressif, une douleur rétrosternale (DRS), une asthénie, un trouble de la mémoire, des douleurs aux membres

inférieurs et une dyspnée. On ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

6. Le 12 mars 2009, l'OAI communique à l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont actuellement pas possibles.
7. Dans son rapport du 7 avril 2009, la Dresse N_____ atteste une incapacité de travail de 100 %. Son patient ne peut plus faire des efforts physiques. Par ailleurs, au travail, il a des bouffées d'angoisses et souffre de colères. Le rendement est également réduit en raison des troubles de la concentration et de la mémoire. Des mesures médicales, à savoir une chirurgie des artères et des membres inférieurs, permettraient de réduire les restrictions. On pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à raison de 30 %.
8. Du 31 juillet au 18 août 2009, l'assuré est hospitalisé aux HUG en raison d'un infarctus du type NSTEMI (Non ST Segment Myocardial infarction). A titre de diagnostics secondaires, les médecins mentionnent une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade II B, un tabagisme actif, un état anxio-dépressif et des lombalgies chroniques. Ils maintiennent le traitement habituel pour la dépression, à savoir Cymbalta à raison de 60mg par jour.
9. Selon le rapport de la Consultation multi-disciplinaire angiologie-chirurgie et cardio-vasculaire-radiologie interventionnelle du 15 septembre 2009, l'assuré décrit actuellement une claudication intermittente du membre inférieur droit avec des douleurs partant de la fesse irradiant jusqu'au genou et un périmètre de marche évalué à 50 m. Cette symptomatologie s'accompagne d'une gêne importante dans les activités de la vie quotidienne. Les médecins de cette consultation retiennent l'indication d'une éventuelle tentative de revascularisation. Une prise en charge endovasculaire ne semble pas réalisable à cause de l'étendue de l'obstruction de l'accès iliaque. L'intervention chirurgicale ne pourra être réalisée qu'après un intervalle libre d'au minimum six mois à partir de l'infarctus de début août 2009 en raison du risque per-opératoire important.
10. Le 19 avril 2010, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr O_____, spécialiste en médecine interne à Lausanne. Selon son rapport du 1^{er} mai 2010, les diagnostics suivants ont une répercussion sur la capacité de travail : maladie coronarienne sévère tri-tronculaire sur status après infarctus inférieur à 1999 et 2002, status après infarctus inféro-postéro-latéral en avril 2006 et NSTEMI en décembre 2006, ainsi que status après NSTEMI antéro-latéral le 31 juillet 2009 ; artériopathie des membres inférieurs de stade II b à droite avec angioplastie en 1996, 2002, 2003 et 2004. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la

capacité de travail: syndrome d'apnées du sommeil appareillé dès 1997, fibromyalgie et troubles anxieux et dépressifs. Sur le plan physique, une activité sédentaire sans port de charges ou uniquement légères de manière non répétitive (maximum 5kg) et avec un périmètre de marche ne dépassant pas 50m pourrait convenir. S'agissant des troubles dépressifs récurrents, actuellement au décours sous traitement antidépresseur, une évaluation précise de ceux-ci dépasse le cadre de l'expertise. L'activité d'assureur-courtier correspond vraisemblablement à une activité adaptée. Elle est exigible à 100 % avec une diminution de rendement de 50 %. Quant à la diminution de la capacité de travail, l'expert relève notamment qu'une incapacité de travail de février 2004 à fin 2005 est déclarée par l'assuré, mais non validée par la présente expertise. Entre 2006 et le 30 juillet 2009, une totale capacité de travail sans diminution de rendement significative est admise. Enfin, l'incapacité de travail à 100 % est justifiée entre le 31 juillet et le 31 décembre 2009. Depuis le 1^{er} janvier 2010, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50% en tenant compte de la diminution de rendement. Il faut par ailleurs s'attendre à une nouvelle période d'incapacité de travail en août 2010, afin de procéder à une chirurgie vasculaire périphérique qui pourrait éventuellement permettre une amélioration de la qualité de vie, une réadaptation musculaire avec réentraînement et ainsi une augmentation de la capacité de travail. Cependant, l'influence de telles mesures est difficilement prédictible.

11. Le 20 septembre 2010, l'OAI adresse à l'assuré un projet d'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 31 juillet 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. Ce faisant, l'OAI admet que le degré d'invalidité se confond avec sa perte de gain, l'activité habituelle étant encore possible.
12. Le 19 octobre 2010, l'assuré conteste ce projet. Il rappelle qu'il a une grave dépression avec une incapacité de travail complète du 27 février 2004 au 31 décembre 2005. Trois mois après la reprise du travail à 100 %, en avril 2006, il a été victime d'un 3^{ème} infarctus, puis d'un 4^{ème} infarctus le 19 décembre 2006. Ces événements ont très fortement réactivé son état dépressif. A cela s'ajoute une importante occlusion artérielle des membres inférieurs limitant ses déplacements et rendant impossible la mise en route d'un traitement de réadaptation post-infarctus. Le 5^{ème} infarctus, en juillet 2009, a de nouveau reporté l'intervention chirurgicale nécessaire pour régler son problème d'occlusion artérielle. Selon l'assuré, il n'a bénéficié d'une pleine capacité de travail que durant moins de quatre mois, à savoir de janvier à avril 2006. Selon les cardiologues aux HUG, son état cardiaque actuel ne lui permettrait selon toute vraisemblance pas de survivre à un 6^{ème} infarctus. Par ailleurs, une des médications qu'il est contraint de prendre à vie fait diminuer la pression artérielle à un niveau particulièrement bas, ce qui a pour conséquence un

état d'extrême fatigue quasi permanent pouvant aller jusqu'à des vertiges particulièrement incommodants. Lorsqu'il s'est plaint de ses symptômes auprès des cardiologues des HUG, il lui a été répondu qu'il devait comprendre que son état cardiaque actuel équivalait à celui d'un homme de 70 à 80 ans. A cela s'ajoute un nouveau symptôme très incapacitant et pas encore présent lors de l'expertise, sous forme d'une forte dégradation de la qualité du sommeil avec des cauchemars récurrents. Par ailleurs, les cardiologues des HUG viennent de renouveler à l'attention de l'Hospice général un certificat d'incapacité de travail à 100 % jusqu'au mois de janvier prochain. L'expertise ne s'est en outre pas prononcée sur son état de santé sur le plan psychique. A cet égard, il relève que sa capacité de concentration n'excède pas deux heures par jour environ. Il estime ainsi qu'il pourrait tout au plus travailler à domicile, en profitant des quelques créneaux horaires variables, durant lesquels sa capacité de concentration est suffisante.

13. Dans son avis médical du 21 février 2011, le Dr P_____ du SMR relève que l'assuré s'est gardé d'apporter un quelconque élément médical objectif à l'appui de ses dires. Ce médecin estime que l'état anxio-dépressif ne justifie aucune limitation de la capacité de travail, comme l'a retenu le Dr O_____. Par ailleurs, le descriptif du quotidien de l'assuré ne correspond pas à celui d'un dépressif sévère et ce n'est pas un assuré effondré. Partant, il maintient que la capacité de travail est de 50 % dans l'activité habituelle et dans une autre activité adaptée.
14. Par décision du 11 mai 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité.
15. Par acte du 9 juin 2011, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il relève qu'il a déposé une demande de réadaptation professionnelle en 2008, dès lors que son état de santé ne lui permet plus d'assumer son activité professionnelle en qualité de gestionnaire et courtier en assurances privées, en raison de la très forte induction de stress de cette activité, de la constance et de la disponibilité requises. Entre temps, il a subi un nouvel infarctus en juillet 2009. Il reproche à l'expert de ne pas avoir pris en compte la dégradation non négligeable de son état psychique. L'expert mandaté admet par ailleurs que ses compétences ne lui permettent pas d'apprécier cette question. Le recourant demande ainsi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour évaluer la répercussion des troubles psychiques sur sa capacité de travail et persiste à considérer qu'il est totalement incapable de travailler. Enfin, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé au calcul de sa perte de gain qui serait supérieure à 50 % au regard des revenus dont il bénéficiait avant son invalidité.

16. Dans sa réponse du 24 juin 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que l'expertise du Dr O _____ doit se faire reconnaître une pleine valeur probante. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, le juge doit tenir compte du fait que, de par sa position de confident privilégié, le médecin traitant tranche dans le doute en faveur du patient. Concernant la naissance du droit à la rente, ce droit naît au plus tôt après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande en vertu de la loi. Par ailleurs, l'intimé persiste à considérer que, dans le cas présent, l'incapacité de travail se confond avec l'incapacité de gain, l'activité habituelle étant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.
17. A la demande de la Cour, le Docteur Q _____ du service de cardiologie et des HUG renseigne la Cour le 9 août 2011 que le recourant souffre d'une cardiopathie ischémique avec de multiples antécédents d'évènements coronariens (6 depuis 1999) qui ont nécessité de multiples interventions coronariennes percutanées (5 depuis 1999). Actuellement, le recourant présente une dysfonction ventriculaire gauche systolique modérée. A cela s'ajoute une insuffisance artérielle des membres inférieurs ayant nécessité de multiples interventions dont une angioplastie percutanée depuis 1996 (4 interventions jusqu'en août 2004). L'assuré est de ce fait très gêné par une claudication intermittente de stade IIB, raison pour laquelle une intervention chirurgicale, sous forme d'un carrefour aorto-bi fémoral, est envisagée dans le courant du mois d'août 2011. Le recourant étant incapable d'effectuer un test d'effort, le Docteur Q _____ se voit dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail du patient, et propose d'effectuer un nouveau bilan cardiologique après l'intervention chirurgicale et après une période de réadaptation.
18. Par courrier du 26 août 2011, la Doctoresse N _____ informe la Cour qu'elle partage l'avis du Docteur O _____, selon lequel la capacité de travail du recourant dans son activité de courtier d'assurance est de 50%.
19. Le 18 mai 2012, le recourant informe la Cour qu'il a finalement renoncé à l'opération en relation avec son problème circulatoire des membres inférieurs, s'agissant d'une intervention assez lourde, avec certains risques, sans garantie de succès. Il se soumettrait par ailleurs prochainement à un bilan cardiologique. Il fait également savoir à la Cour qu'il continue à prendre les antidépresseurs depuis son infarctus de décembre 2006 et qu'il est suivi hebdomadairement par un psychiatre qui a également attesté une incapacité de travail totale.
20. Lors de son audition en date du 20 juin 2012, le recourant déclare ce qui suit:
- "Je persiste à demander la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Concernant mon goût pour la lecture, je me sens diminué dans ma concentration et à cause de ma grande fatigue. Auparavant, je lisais un livre par soir. Aujourd'hui, il me faut une semaine pour lire un livre.

L'activité de courtier en assurances et de gestionnaire d'assurances est très stressante. On est sans arrêt au service d'une clientèle exigeante, on doit avoir des temps de réaction très courts. Je travaillais douze à quinze heures par jour. Je ne pourrais plus travailler dans ce domaine aujourd'hui, raison pour laquelle j'ai demandé des mesures de réadaptation. La moindre contrariété m'angoisse et je ne me vois plus travailler au contact d'autres personnes. Je suis devenu presque allergique à ce genre d'activités.

Pour ma part, j'estime avoir tout au plus une capacité de travail de 20 à 30%. Toutefois, je pourrais uniquement exercer une activité très peu stressante, telle qu'une activité de saisie de données par exemple.

En 2005, la Dresse R_____ voulait déjà que je m'annonce à l'AI, estimant que je ne pouvais plus continuer à travailler. Je précise par ailleurs qu'à cause de mes infarctus et aux absences y liées, j'ai perdu beaucoup de mandats avant que je n'arrête de travailler.

En 1997, je suis devenu indépendant et, dans un premier temps, j'ai beaucoup vécu sur mon deuxième pilier, que j'avais retiré. A cela s'ajoute que certaines charges privées passaient sous frais d'entreprise. Petit à petit, mon portefeuille a grandi et j'ai réalisé des revenus confortables, à savoir environ 120'000 fr. par an.

Il est vrai que la Dresse N_____ a confirmé l'expertise du Dr O_____ quant à ma capacité de travail. Toutefois, je n'ai vu ce médecin que trois fois. Par ailleurs, j'ai été en conflit avec elle concernant une note d'honoraires. Les médecins des HUG ont au contraire toujours certifié une incapacité de travail totale.

Je conteste également le début du droit à la rente. En effet, je suis en incapacité totale de travailler depuis fin 2006, ce qui n'a pas été reconnu par le Dr O_____. Tous les mois, je remettais à l'Hospice général les certificats d'incapacité de travail afin de toucher l'aide sociale."

21. Le 22 juillet 2012, la Doctoresse R_____, psychiatre, informe la Cour avoir suivi le recourant du 24 février 2004 au 21 février 2006. Elle a diagnostiqué un

trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, et des phobies sociales. Le patient souffrait d'adynamie, anhédonie, perte de l'élan vital, tristesse, culpabilité, sentiment d'inutilité, perte d'estime de soi, angoisse intense avec peur du regard des autres rendant les contacts insurmontables. La capacité de travail était de 0 à 40% au mieux, avec systématiquement une rechute lorsqu'il était à 40%. En raison de la récurrence des états dépressifs et de la phobie sociale, le pronostic était réservé. Seule une activité dans un cadre stable et sécurisant entrait en considération, condition qui ne lui était pas garantie dans son activité indépendante. Cette profession était donc inadaptée, en raison des responsabilités et des multiples contacts sociaux.

22. Le 20 août 2012, la Dresse N_____ du SMR a relevé, concernant la date du début de l'incapacité de travail qu'on ignorait si l'assuré avait repris une activité professionnelle entre décembre 2006 et juillet 2009, en l'absence d'un bilan comptable. Elle admet par ailleurs que le métier de courtier en assurance indépendant peut être considéré comme stressant et que cela n'a pas été pris en compte par le Dr O_____. La capacité de travail devait être déterminée sur la base d'une expertise psychiatrique.
23. Dans ses écritures du 4 septembre 2012, l'intimé a réservé ses conclusions sur le fond.
24. Par courrier reçu le 2 octobre 2012, la Dresse S_____, psychiatre, a informé la Cour que le recourant présente un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux-phobique, avec une évolution défavorable depuis 2006, en raison d'un isolement social et d'une incapacité physique de plus en plus invalidante. Les limitations sont un état d'épuisement physique et psychique, un ralentissement profond de la pensée, de la capacité de concentration et d'attention. Il présente en outre une humeur triste, une anhédonie et une très faible estime de soi. La tolérance au stress est actuellement quasi nulle et l'incapacité de travail est totale. Selon ce médecin, il n'y a pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant suit un traitement médicamenteux et une psychothérapie à raison d'une session par semaine. La compliance est bonne.
25. Le 8 octobre 2012, les Drs Q_____ et T_____ de la consultation ambulatoire de cardiologie des HUG attestent avoir fait un bilan complet en juillet 2012, lequel montre une dysfonction cardiaque importante, pour laquelle le patient va devoir bénéficier d'un défibrillateur. Compte tenu de ce fait, d'une artériopathie des membres inférieurs sévère et d'un état dépressif et anxieux sous-jacent, la capacité de travail est inférieure à 20%.

26. Dans son avis médical du 9 novembre 2012, le Docteur U_____ du SMR estime que le rapport précité est trop sommaire et préconise une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et cardiologique. L'intimé se rallie à cet avis, dans ses écritures du 4 décembre 2012.
27. Le 24 janvier 2013, le recourant demande directement à l'intimé des mesures de réadaptations professionnelles, ne pouvant plus exercer sa profession antérieure.
28. Le 26 janvier 2013, le recourant transmet copie de cette missive à la Cour, tout en persistant dans ces conclusions antérieures.
29. Le 20 février 2013, le Docteur Q_____ transmet à la Cour, le rapport relatif au bilan cardiologique du 26 juin 2012.
30. Dans son avis médical du 11 mars 2013, la Dresse V_____ du SMR relève que l'échographie cardiaque transthoracique du 26 juin 2012 indique une légère diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 30-35% par rapport au dernier examen de 2011. En octobre 2009, cette fraction avait été de 40%. Il y a ainsi une évolution défavorable de la cardiopathie ischémique. Néanmoins, elle estime que seule une expertise multidisciplinaire dans les domaines de médecine interne, cardiologie et psychiatrie, pourrait évaluer avec précision les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. L'intimé se rallie à cet avis dans ses écritures du 21 mars 2013.
31. Le 14 mai 2013, la Cour informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire et de la confier au Docteur W_____, cardiologue, et A_____, psychiatre. Elle communique également les questions à poser aux experts.
32. Dans un avis médical du 24 mai 2013, le Docteur U_____ du SMR propose notamment de compléter l'expertise par un certain nombre de questions. Le 3 juin 2013, l'intimé se rallie à cet avis.
33. Par courrier du 27 mai 2013, le recourant accepte l'expert et sa mission, telle que définie par la Cour.

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) ;

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 l'occurrence, le recourant souffrant indéniablement de problèmes psychiques et cardiologiques importants, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, les médecins du SMR ayant jugés insuffisant les données médicales figurant dans le dossier.
3. Cette expertise sera confiée aux Docteurs W_____ et A_____.

Quant au complément des questions suggérées par le Docteur U_____, elles correspondent pour l'essentiel déjà aux questions formulées dans le courrier du 14 mai 2013 qui a été adressé aux parties. S'agissant des questions en relation avec un trouble somatoforme douloureux ou un trouble assimilé, la Cour ne voit cependant pas de raison de compléter le questionnaire, ce diagnostic n'ayant jamais été posé par aucun médecin.

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

- A. Ordonne une expertise médicale bi-disciplinaire.
- B. La confie aux Docteurs W_____ et A_____.
- C. Dit que la mission de ces médecins sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur D_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

En ce qui concerne le Docteur W_____ :

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan cardiologique?
2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé au niveau cardiologique?
3. Quelle est sa capacité de travail actuelle sur le plan cardiologique dans sa profession antérieure de courtier en assurance et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles?
4. Comment sa capacité de travail au niveau cardiologique a-t-elle évolué depuis avril 2006 (dates et taux précis) dans l'activité habituelle et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles?
5. Quelle est votre proposition thérapeutique et, cas échéant, quelle influence aurait le traitement proposé sur la capacité de travail? Le traitement proposé serait-il exigible et pourquoi ?
6. Quel est votre pronostic ?

7. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr O_____?

En ce qui concerne le Docteur A_____ :

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique?
2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé au niveau psychiatrique?
3. Quelle est sa capacité de travail actuelle sur le plan psychiatrique dans sa profession antérieure de courtier en assurance et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles?
4. Comment sa capacité de travail au niveau psychiatrique a-t-elle évolué depuis avril 2006 (dates et taux précis) dans l'activité habituelle et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles?
5. Quelle est votre proposition thérapeutique et, cas échéant, quelle influence aurait le traitement proposé sur la capacité de travail? Le traitement proposé serait-il exigible et pourquoi ?
6. Quel est votre pronostic?

En consilium :

1. Quelle est actuellement la capacité de travail de M. D_____ dans sa profession antérieure et dans une activité adaptée à ses handicaps, en prenant en considération l'ensemble de ses atteintes physiques et psychiques?
2. Comment a évolué la capacité de travail de M. D_____ depuis avril 2006, dans sa profession antérieure et dans une activité adaptée à ses handicaps en prenant en considération l'ensemble de ses atteintes physiques et psychiques ?

D. Invite les Drs W_____ et A_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le