REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3008/2006 **ATAS/714/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 21 juin 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , Les Avanchets - GENEVE, représenté par FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né le 1951, d'origine irakienne, naturalisé suisse depuis 1998, a déposé le 10 octobre 2002, une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffre de douleurs aux genoux, à la colonne vertébrale et aux mains depuis plus de cinq ans.

2. L'assuré a travaillé en qualité de coursier (livraison d'examens radiologiques) au service de DIAGNOSTICA SA du 1er mai 1990 au 30 avril 2002, date à laquelle il a cessé toute activité en raison de son état de santé. Son dernier jour effectif de travail a été le 24 septembre 2001. Il avait été engagé pour effectuer ce travail de livraison, et ne travaillait pas durant un nombre d'heures prédéterminé (cf. questionnaire pour employeur du 18 juin 2003). Il a été licencié après que son médecin l'ait autorisé à reprendre son travail.

   Il a connu plusieurs périodes de chômage, du 2 février 1994 au 31 août 1995 et du 1er mai 2002 au 30 avril 2004, étant précisé qu'il a été mis au bénéfice de prestations en cas de maladie (PCM) dès le 31 mai 2002.

3. Le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a dans un rapport adressé à l'OCAI le 25 octobre 2002, posé pour son patient les diagnostics suivants : antalgies multiples, mains, poignets, coudes, genoux, pieds à caractère mécanique, cervicarthrose, tunnel carpien bilatéral et suspicion de fibromyalgie. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le 11 octobre 2001, étant précisé que l'état de santé était stationnaire. Le médecin a plus particulièrement indiqué que l'activité exercée jusqu'ici de même que toute autre activité n'était plus exigible.

4. Dans un rapport intermédiaire du 21 novembre 2003, le Dr A_____ a confirmé que l'état de santé était resté stationnaire. Selon lui, une reprise de travail pourrait être envisagée à certaines conditions (position alternée assise/debout) mais serait exclue dans le métier de chauffeur-livreur, étant ajouté cependant qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Un examen complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Le médecin a également noté que les plaintes et l'examen clinique ne concordaient que partiellement.

5. Un examen clinique bidisciplinaire a été réalisé par les Drs B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologue, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, dans le cadre du Service médical régional AI - SMR Léman le 26 octobre 2004. L'examen a été effectué en présence d'un interprète.

   Sur le plan psychiatrique, l'expert a constaté que l'assuré était lucide et orienté et qu'il ne présentait pas de trouble de la pensée ou d'autres signes de la lignée

psychotique. La thymie de l'assuré n'est ni dépressive ni anxieuse et aucune trouble formel de l'attention ou de la concentration n'ont été mis en évidence. L'assuré n'est ni anhédonique, ni aboulique, mais présente des insomnies en rapport avec ses douleurs.

Sur le plan somatique, le Dr B_____ a posé à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques persistantes et de cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de fibromyalgie, obésité et suspicion de syndrome des apnées obstructives du sommeil. Il a constaté les limitations fonctionnelles suivantes :

- Rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

- Rachis cervical : pas de travail imposant le maintien immobile prolongé de la tête dans une position quelconque, notamment en rétroflexion en en rotation, pas de travail imposant le soulèvement de charges d'un poids excédant 8 kg au-dessus du plan des épaules.

En conclusion, les deux médecins du SMR observent que les arthralgies fonctionnelles, qualifiées faute de mieux de fibromyalgie, n'entraînent pas d'incapacité de travail, qu'en revanche la problématique dégénérative au niveau lombaire et dans une moindre mesure au niveau cervical entraîne des limitations fonctionnelles significatives, que néanmoins, l'incapacité de travail de 100% retenue par le médecin traitant n'est pas justifiée médicalement, notamment dans la dernière activité exercée par l'assuré en tant livreur de radiographies médicales, dans la mesure où cette activité respectait ces limitations fonctionnelles. Aussi, en l'absence d'une comorbidité psychique significative, la capacité de travail exigible, tributaire exclusivement des atteintes organiques mises en évidence, est-elle, selon eux, de 100%.

6. Par décision du 17 décembre 2004, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande était rejetée.

7. Par acte du 11 janvier 2005, l'assuré a formé opposition le 11 janvier 2005, acte qu'il a complété le 27 janvier. Il a produit deux rapports de l'Institut d'imagerie médicale, l'un concernant une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire effectuée le 19 janvier 2005 et aux termes de laquelle il a été constaté que :

   - "Canal étroit en L4-L5 en raison d'une hernie discale médiane, d'une arthrose des articulaires postérieures ainsi qu'un aspect pléthorique de la graisse épidurale postérieure, la surface pour les racines étant de 50 mm^2. Par rapport au

comparatif du 1er juillet 2002 à disposition, l'hernie a nettement progressé et le canal étroit n'était pas présent.

- Canal rétréci en L1-L2. Nous notons une minime hernie discale médiane L5-S1 avec saillie discale hémi-circonférentielle droite L5-S1",

la seconde, concernant une IRM cervicale effectuée le même jour, laquelle conclut :

"Discopathie C6-C7. Hernie discale médiane C4-C5 sans contrainte radiculaire ou médullaire, C5-C6 et C6-C7, ces deux dernières étant médianes protrusant largement l'intérieur du canal médullaire, toutefois sans contrainte radiculaire, sans signe de myélopathie.

Le 22 mars 2005, l'assuré, représenté par le CENTRE SOCIAL PROTESTANT, a informé l'OCAI qu'il allait subir une intervention chirurgicale le 6 avril suivant, soit une laminectomie L4-L5 pratiquée par le Dr D_____. Dans son rapport établi le 12 avril 2005 à la suite de l'hospitalisation, celui-ci a fixé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% jusqu'au 13 mai 2005.

8. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ a indiqué le 22 avril 2005 qu'il avait vu son patient le 7 février 2005, que son état de santé était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics.

9. Du fait de cette laminectomie pour canal étroit, le Dr F. CHEVAUX du SMR a conclu à la nécessité d'un second examen rhumatologique.

Un rapport a été établi à la suite de ce nouvel examen le 2 novembre 2005 par le Dr B_____. Il apparaît que l'examen objectif est pratiquement superposable à celui qui avait pu être fait un an auparavant. Les radios confirment qu'il existait clairement un canal lombaire étroit L4-L5 et que cette sténose a été éliminée de manière efficace par l'opération effectuée en avril 2005. La symptomatologie n'a pas changé. Ceci conduit à admettre que des facteurs non-organiques participent à la perpétuation des douleurs. A ce titre on peut relever qu'une modeste percussion axiale du rachis majore massivement les douleurs lombaires et qu'un banal mouvement actif des épaules, sans aucune contrainte, les augmente également. Le Dr B_____ considère dès lors qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions apportées au terme de l'examen du 26 octobre 2004. La fragilité biomécanique au niveau lombaire et cervical est incontestée et impose des limitations fonctionnelles. Le respect de celles-ci représente la condition évidemment nécessaire mais aussi suffisante à la reconnaissance d'une capacité de travail normale. Le médecin relève toutefois qu'entre le précédent examen et celui-ci, la situation psychologique semble s'être détériorée. Le médecin traitant a du reste jugé nécessaire une prise en charge psychiatrique spécialisée qui a commencé au début du mois d'octobre 2005.

Le Dr B_____ confirme ainsi une capacité de travail exigible de 100% du point de vue somatique, tout en précisant qu'une modification de la problématique psychiatrique est intervenue et devrait être appréciée pour définir l'exigibilité réelle de la capacité de travail.

10. Par décision du 5 décembre 2005, l'OCAI, se fondant sur les conclusions du Dr B_____ selon lesquelles la capacité de travail est entière du point de vue somatique, a rejeté l'opposition.

11. L'assuré a interjeté recours le 5 janvier 2006 contre ladite décision sur opposition, alléguant que l'opération qu'il avait subie en avril 2005 avait été un échec et qu'il était en traitement auprès d'un médecin psychiatre.

12. Par courrier du 23 janvier 2006, l'OCAI a informé l'assuré qu'il annulait la décision du 5 décembre 2005, reprenait l'instruction de la cause s'agissant de l'aspect psychiatrique.

13. Le 13 mai 2005. le Dr D_____ a exposé que les suites opératoires étaient caractérisées par l'absence de toute amélioration au niveau de la barre ostéophytaire L4-L5.

    Dans un rapport du 7 février 2006, le Dr E_____, généraliste, également médecin traitant, a indiqué que son patient souffrait d'un canal lombaire étroit avec laminectomie L4-L5 le 6 avril 2005, d'un stress post-traumatique chronique et d'un changement de personnalité. Il considère que l'incapacité de travail est de 100% depuis septembre 2002 dans son activité de chauffeur-livreur. En revanche, une activité adaptée, telle que dans le domaine de l'administration ou réception, serait envisageable à 50%.

    Le Dr A_____ quant à lui, dans un rapport du 17 février 2006, a déclaré que le problème actuel du patient était de l'ordre psychique et psychiatrique.

    Un rapport a été établi par le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie le 24 janvier 2006. Il en résulte que l'assuré présente un trouble dépressif, épisode actuel moyen, combiné à un trouble de la personnalité, émotionnellement labile, un syndrome post-traumatique et un trouble de l'adaptation.

14. Par arrêt du 8 février 2006, la 4ème Chambre du Tribunal de céans a pris acte de la décision rendue par l'OCAI le 23 janvier 2006 annulant sa décision sur opposition du 5 décembre 2005 et a déclaré le recours sans objet.

15. Il résulte de l'examen psychiatrique mené par la Dresse G_____ du SMR, le 8 juin 2006, qu'il est superposable à celui du 26 octobre2004 et que :

    - le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le psychiatre traitant n'a pas été objectivé et est actuellement en rémission complète,

- aucun trouble de la personnalité morbide n'est retenu,

- le diagnostic d'état de stress post-traumatique également évoqué par le psychiatre traitant, rétrospectivement sur la période de 1980 avant l'arrivée en Suisse, est peu fiable. Selon le médecin, l'assuré ne présente pas de réviviscence répétée de l'événement traumatique, de flash bak, de rêves ou de cauchemars, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, nous n'avons pas objectivé de symptôme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique avec modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe,

- le trouble de l'adaptation est en rémission complète, l'assuré ne présente aucune symptomatologie anxio-dépressive,

- il n'y a pas de véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant,

- une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins (pas de prise en charge rhumatologique), des divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes démonstratives laissent insensible l'examinateur, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact, ainsi que l'absence de trouble de la personnalité morbide et de toute comorbidité psychiatrique invalidante, ont conduit la Dresse G_____ au diagnostic de fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique et sans incidence sur la capacité de travail. Aussi, sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présente-t-il aucune aggravation de son état et sa capacité de travail exigible est-elle toujours entière quelle que soit l'activité envisagée.

Le Dr H_____ du SMR a pris note le 19 juin 2006 qu'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était exigible à 100%.

16. Par décision sur opposition du 21 juillet 2006, l'OCAI a dès lors confirmé qu'avec une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, il ne pouvait y avoir de perte de gain, ce qui excluait le droit à la rente.

17. L'assuré a interjeté recours le 21 août 2006 contre ladite décision sur opposition.

18. Dans sa réponse du 26 août 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

19. Par courrier du 19 septembre 2006, FORUM SANTE s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a complété le recours. Il a préalablement requis du Tribunal de céans que soit ordonnée la traduction du rapport du Dr F_____ du 20 mars 2006 et de son annexe, subsidiairement que l'assuré soit soumis à une nouvelle expertise et principalement qu'il soit constaté qu'il est totalement incapable de travailler. L'assuré a produit copie d'un courrier adressé par le Dr F_____ au Dr E_____, le 12 septembre 2006, qui confirme la présence d'un épisode dépressif sévère avec un déroulement chronique, d'un trouble somatoforme douloureux continu ainsi que d'un trouble post-traumatique mal assimilé. Le médecin a également indiqué que malgré un traitement psychiatrique ambulatoire régulier soutenu par des médicaments, il n'a pas été possible d'améliorer de manière sensible son état. Selon lui les troubles psychiques limitent la capacité de travail du patient de manière importante depuis le début du traitement.

20. Par courrier du 18 octobre 2006, l'OCAI a rappelé que le recourant avait été examiné à trois reprises au SMR et qu'aucun de ses médecins n'avait pu mettre en évidence un quelconque trouble d'ordre psychiatrique. Il maintient dès lors ses conclusions et s'oppose plus particulièrement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

21. Par ordonnance du 26 octobre 2006, le Tribunal de céans a imparti à l'assuré un délai au 24 novembre 2006 pour apporter la traduction française du rapport du Dr F_____ du 20 mars 2006 et de son annexe.

22. Le 20 novembre 2006, l'assuré a transmis la traduction demandée, ainsi qu'un nouveau rapport du 23 octobre 2006, déjà traduit, du même médecin ainsi qu'un rapport du Dr E_____ du 6 novembre 2006. Ce dernier rappelle qu'il suit l'assuré pour des troubles ostéo-articulaires, un état anxio-dépressif et un syndrome post-traumatique. Il explique que l'état de santé de son patient s'est malheureusement détérioré avec une aggravation de son état psychique suite aux événements de guerre en Irak. En raison de cette décompensation et devant l'incapacité de trouver un psychiatre arabophone dans le canton, il l'avait confié au Dr F_____, d'origine irakienne également, à Berne.

    Dans son rapport du 23 octobre 2006, le Dr F_____ a exposé que son patient souffrait d'un trouble de stress post-traumatique chronique suite à des tortures physiques subies dans des prisons irakiennes comme membre d'un parti anti-Saddam Hussein, avec changement de la personnalité chronique suite à un accablement extrême. L'assuré est assailli de façon répétée de flash-backs et de cauchemars, de souvenirs fragmentés de torture avec ou sans facteurs stressants extérieurs, apparaissant contre sa volonté. Le patient est ainsi traumatisé au plus haut point, il n'a jamais évacué son stress post-traumatique et a par conséquent besoin d'une thérapie à long terme axée sur ses traumatismes. Il souffre de plus actuellement d'une dépression grave caractérisée par le déroulement chronique

impliquant des difficultés d'adaptation, des troubles au niveau des sentiments et d'un comportement social avec des impulsions suicidaires latentes. Selon le Dr F_____, ce tableau clinique psychiatrique lourd implique que l'assuré ne sera guère capable d'exercer une activité professionnelle.

Le Dr F_____ a rempli un questionnaire à l'attention de l'OCAI le 20 mars 2006, dans lequel il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants :

- épisode dépressif de degré moyen combiné avec troubles de la personnalité et personnalité émotionnellement instable,
- troubles de stress post-traumatique,
- troubles d'adaptation aux changements des conditions de vie ainsi que difficultés dans l'adaptation culturelle
- troubles de somatisation

23. Par courrier du 18 décembre 2006, l'OCAI, auquel ces nouvelles pièces médicales ont été transmises, s'est expressément référé à ses précédentes écritures.

24. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 21 juillet 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001 le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

5. En l'espèce, le Dr B_____, mandaté par l'OCAI à deux reprises, a considéré que l'assuré présentait quelques limitations fonctionnelles qu'il décrit précisément dues à des lombalgies chroniques persistantes et à des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés. Il a néanmoins estimé que la capacité de travail était entière dans l'activité antérieure de chauffeur-livreur de radiographies. Il a par ailleurs posé le diagnostic de fibromyalgie.

   Les deux rapports d'expertise du Dr B_____ des 26 octobre 2004 et 2 novembre 2005 se fondent sur un examen clinique complet et prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est déterminé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. En conséquence ils remplissent toutes les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 coinsid. 3a).

   Lors de son deuxième examen, le Dr B_____ a confirmé ses conclusions précédentes sur le plan somatique, mais a relevé une détérioration de l'état de santé psychologique et suggéré que la problématique psychiatrique soit investiguée.

   L'assuré est au bénéfice d'une prise en charge psychiatrique depuis octobre 2005 par le Dr F_____. Celui-ci a retenu les diagnostics d'état dépressif, épisode actuel moyen, combiné à un trouble de la personnalité émotionnellement labile, un syndrome post-traumatique et des troubles de l'adaptation.

   La Dresse G_____ a quant à elle écarté chacun de ces diagnostics, considérant que l'assuré souffrait d'une fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique et sans incidence sur la capacité de travail.

   Force est de constater que les avis du Dr F_____ et de la Dresse G_____ divergent.

Il est vrai que le Dr C_____ en octobre 2004 ne fait pas non plus état de comorbidité psychiatrique, et n'évoque en particulier pas de syndrome post-traumatique.

Il y a toutefois lieu de constater que le Dr B_____ en novembre 2005 mentionne une modification de la problématique psychiatrique, qu'une prise en charge psychiatrique est apportée dès octobre 2005, que les événements survenus en Irak à cette époque peuvent avoir été déclenchants en ce sens qu'ils auraient ravivé certains souvenirs plus ou moins enfouis (cf. rapport du Dr E_____ du 6 novembre 2006). Il convient à cet égard de rappeler que l'assuré est venu en Suisse en 1980 comme demandeur d'asile politique après avoir été emprisonné par deux fois en Irak.

En vertu de la maxime inquisitoire sociale prévue à l'art. 85 al. 2 LSA, le juge doit établir d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit, les parties étant toutefois tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 et 125 III 231 consid. 4a p. 238; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t.1, p. 438).

Le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1993 p. 136).

Il convient dès lors d'ordonner une telle expertise afin de déterminer plus particulièrement si l'assuré souffre ou non de troubles psychiques et, plus particulièrement, d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes dont la présence est exigée pour apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Le mandat d'expertise sera confié au Dr I_____ psychiatre, médecin adjoint au Département de psychiatrie des "établissement hospitalier"Genève.

En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, ensuite de quoi la présente ordonnance lui sera communiquée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur K_____, après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;

   Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :

2. Quelle est la nature précise des troubles dont souffre le recourant ?

   2.2. Un traitement est-il susceptible d'apporter une sensible amélioration de son état de santé ?

   2.3. Quelle est sa capacité de travail dans une activité de chauffeur-livreur ? Dans une autre activité ?

   2.4. Peut-on parler dans son cas d'un état psychique cristallisé ?

   2.5. Y a-t-il perte d'intégration sociale dans toutes les manifestions de la vie ?

   2.6. Y a-t-il des limitations psychiatriques ?

   2.7. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

   2.8. Quelle est la capacité de travail exigible ?

3. Commet à ces fins le **Docteur J_____**.

4. Fixe aux parties un délai de **10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé ;

5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans ;

6. Réserve le fond ;

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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