

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/31/2009

ATAS/55/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 21 janvier 2010

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Genève

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur S _____, ressortissant italien né en février 1949, est arrivé en Suisse en 1971. Il y a exercé la profession d'électricien aux Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après les HUG) de 1971 à janvier 2006, date de sa prise de retraite anticipée pour raison de santé (acouphènes dus à un choc acoustique sur le lieu de travail et dépression réactionnelle).
2. Dans une attestation du 13 juillet 2005, le Dr A _____, médecin adjoint à la Consultation du sommeil des HUG, a certifié que l'assuré présentait une insomnie sévère depuis de nombreuses années en étroite relation avec les acouphènes dont il souffrait. Cela entraînait une gêne et une difficulté importante pour exercer une activité professionnelle.
3. Dans une attestation du 20 octobre 2005, le Dr B _____, psychiatre, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en raison d'acouphènes bilatéraux post-traumatiques. L'assuré avait repris le travail à 100 % dès le 19 septembre 2005.
4. Dans un rapport du 26 octobre 2005, le Dr C _____, psychiatre et médecin d'arrondissement de la SUVA, a diagnostiqué des troubles de l'adaptation avec réaction émotionnelle mixte, dépressive et anxieuse. Les acouphènes présents de longue date avaient fini par avoir un impact psychologique non négligeable. En effet, on constatait à la fois une symptomatologie anxieuse et dépressive. Cette problématique avait pris une place centrale dans la vie du patient conditionnant non seulement toutes ses activités mais aussi son avenir. Une des craintes principales du patient était de perdre le contrôle sur lui-même et de devenir fou, perte de contrôle d'autant plus mal perçue par l'assuré qu'il semblait présenter une personnalité plutôt contrôlée et structurée, voire même quelque peu obsessionnelle. On pouvait donc admettre qu'il existait des conséquences importantes sur le plan psychologique en lien avec le traumatisme ORL ancien et le développement de ces acouphènes. Enfin, dans une attestation du 17 mai 2006, ce médecin a indiqué que l'idéal serait de pouvoir maintenir le patient "pour un 20% dans son poste aux HUG".
5. En date du 6 décembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une baisse de l'acuité auditive.
6. Dans un rapport du 26 janvier 2007, le Dr D _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a relevé que le patient avait été victime d'un TCC en 1988. Depuis lors, il se plaignait d'une importante perte de l'audition gauche avec des acouphènes invalidants. Ce patient présentait une importante surdité de l'oreille gauche et un appareil acoustique pour cette oreille était nécessaire.

7. Par décision du 9 février 2007, la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA), qui avait pris en charge l'accident survenu en 1988 ayant provoqué des lésions auditives, a mis l'assuré au bénéfice d'une rente de 80 % à partir du 1^{er} janvier 2006 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80 %.
8. En date du 26 février 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une rente en raison de lésions de l'ouïe. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a procédé à l'instruction du dossier et a réuni à ce titre diverses attestations médicales, provenant notamment du dossier de l'assurance-accidents.
9. Dans un rapport du 19 mars 2007 à l'attention de l'OAI, le Dr D_____ a diagnostiqué une surdité gauche sévère avec acouphène invalidant d'origine post-traumatique ainsi qu'un état dépressif sévère et des troubles du sommeil. L'état de santé s'aggravait. S'agissant de la capacité de travail, il convenait de prendre contact avec le médecin traitant.
10. Dans un rapport du 4 avril 2007, le Dr E_____ du Département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un épisode dépressif majeur avec symptômes somatiques depuis 2003. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble du sommeil non organique, sans précision, ainsi que des troubles somatoformes chroniques. L'incapacité de travail était totale depuis 2003 et l'on ne pouvait exiger de l'assuré aucune autre activité. L'état de santé était stationnaire.
11. En date du 26 mars 2008, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par la Dresse F_____. L'experte a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, présent depuis environ 2003. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des insomnies non organiques présentes depuis 2000 environ. À l'examen clinique, l'assuré présentait une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités actuellement agréables (hormis marcher, cuisiner, rencontrer sa fille et quelques amis), une diminution du tonus vital, une diminution de la confiance en soi, des troubles du sommeil et une vision négative des perspectives d'avenir, un réveil très matinal, une importante diminution de la libido et une anhédonie. L'assuré avait maintenu des contacts réguliers avec sa fille et quelques amis également retraités ; il se rendait ponctuellement dans son ancien atelier pour saluer ses ex-collègues, allait annuellement en Italie et rendre visite à ses sœurs, appréciait de marcher quotidiennement et de cuisiner. Depuis sa séparation conjugale en avril 2007, il avait pu nouer une nouvelle relation sentimentale. Les limitations étaient les suivantes : diminution de la résistance au stress, intolérance au bruit, troubles majeurs du sommeil, sentiment d'incompétence et diminution du tonus vital. Ces limitations interféraient à raison de 40 % sur la capacité de travail. Ainsi, la capacité résiduelle de travail s'élevait à 60 % dans l'activité exercée jusqu'alors qui

était encore exigible à raison de 5 heures par jour. Il n'y avait pas de diminution de rendement.

12. Dans un rapport du 2 avril 2008, le Dr E_____ a diagnostiqué un épisode dépressif majeur sévère sans symptômes psychotiques, un trouble du sommeil non organique sans précision, une affection du nerf auditif bilatéral (acouphènes) et des troubles somatoforme chroniques. Il a indiqué que le patient était en phase d'approfondir un travail psycho-éducatif tant sur le plan pharmacologique que face aux difficultés pour accepter une thérapie individuelle sur le modèle cognitif basé sur la pleine conscience.
13. Dans un rapport sans examen clinique du 28 avril 2008, le Dr G_____ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a retenu une capacité de 60 % dans l'activité habituelle dès le 3 avril 2008. Il fallait éviter le travail stressant, le travail en milieu bruyant et le travail de nuit. De février 2005 à janvier 2006, la capacité de travail s'était élevée à 50 %.
14. Par projet de décision du 8 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2006 au 30 juin 2008, puis un quart de rente d'invalidité à partir du 1er juillet 2008.
15. Dans un rapport du 28 juillet 2008, le Dr E_____ a indiqué que l'incapacité de son patient était totale, reprenant les éléments de son rapport du 2 avril 2008.
16. Dans un avis sans examen clinique du 12 août 2008, le Dr H_____ du SMR a indiqué que le rapport du psychiatre traitant n'apportait pas d'éléments cliniques nouveaux permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise psychiatrique qui avait pleine valeur probante.
17. Par décision du 3 décembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2006 au 30 juin 2008, puis un quart de rente d'invalidité.
18. Par courrier du 5 janvier 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir qu'il avait été reconnu par la SUVA en totale incapacité de travail depuis 2005. Il avait par ailleurs dû prendre une retraite anticipée car il ne supportait plus le travail en raison de son manque de concentration et des acouphènes. Actuellement, il ne pouvait plus travailler et ne comprenait pas pourquoi l'OAI lui demandait de faire un effort et de retravailler à 60 %, alors qu'il avait même de la peine à vivre.
19. Dans sa réponse du 3 février 2009, l'OAI, concluant au rejet du recours, a rappelé qu'il s'était basé sur l'expertise psychiatrique de la Dresse F_____ qui avait pleine valeur probante et dont les conclusions devaient être suivies.

20. En date du 4 mai 2009, s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a expliqué avoir travaillé durant 35 ans aux HUG et avoir pris une retraite anticipée en 2006. Ses ressources étaient les suivantes : 2'150 fr. pour le plend, versés par la caisse de prévoyance professionnelle et 5'800 fr. versés par la SUVA. Il avait été suivi par plusieurs psychiatres qui lui avaient prescrit des médicaments qu'il n'avait pas supportés. Il occupait ses journées en faisant des balades dans la campagne et s'occupait également de son ménage privé. Il avait de fréquents contacts avec sa fille mais ne participait jamais à des manifestations dans le cadre de son quartier. Il s'isolait et n'avait pas envie de voir des gens. Il n'avait pas beaucoup d'amis.
21. Par courrier du 5 mai 2009, le recourant a indiqué qu'il recevait de la SUVA une rente mensuelle de 5'486 fr. et non de 5'800 fr.
22. Par courrier du 6 juillet 2009, le Tribunal de céans a sollicité de la SUVA son dossier concernant l'assuré.
23. Par courrier du 15 juillet 2009, la SUVA a transmis son dossier, qui a été mis à disposition des parties.
24. Par courrier du 1^{er} décembre 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr I _____, psychiatre, et au Dr J _____, otorhino-laryngologue. Il a fixé un délai aux parties pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
25. Par courrier du 6 janvier 2010, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler, ni sur le choix des experts ni sur les questions qui leur seraient soumises. Le recourant n'a pas donné suite au courrier du 1^{er} décembre 2010.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que 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). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 3 décembre 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

5. Il convient de déterminer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en

faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être

tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* et les références citées).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF

117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

6. En l'occurrence, l'assurance-accidents a octroyé une rente d'invalidité-accidents à l'assuré sur la base d'un entretien avec le psychiatre-conseil de la SUVA. Ce médecin diagnostique des troubles de l'adaptation avec réaction émotionnelle mixte, dépressive et anxieuse, sans en qualifier la gravité. Il estime que les acouphènes présents de longue date ont fini par avoir un impact psychologique non négligeable sur le recourant. Les médecins traitants de ce dernier estiment par ailleurs tous qu'il présente une totale incapacité de travail dans toute activité. L'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique en mars 2008 dans le cadre de l'assurance-invalidité, conduite par la Dresse F_____. Cependant, cette expertise n'est pas convaincante. En effet, la psychiatre ne discute pas des effets des acouphènes sur la capacité de travail et sur l'humeur alors que le médecin-conseil de la SUVA expose que l'incapacité de l'assuré provient justement de cet effet (les acouphènes "rendent littéralement fou" l'assuré). L'on ignore par ailleurs si ces acouphènes peuvent être mesurés médicalement ou s'ils relèvent de troubles somatoformes douloureux comme semble le retenir le Dr E_____. Les conséquences des insomnies sur la capacité de travail ne sont pas non plus clairement exposées puisque tantôt l'experte retient que les troubles majeurs du sommeil n'ont pas de conséquences négatives et que tantôt elle explique qu'ils constituent des limitations fonctionnelles à ladite capacité.

Au vu des zones d'ombre de cette expertise, le Tribunal de céans estime qu'elle n'a pas valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale et que ses conclusions ne

peuvent être suivies. Il apparaît en effet que l'expert doit notamment se prononcer sur les critères permettant d'évaluer si le trouble somatoforme est invalidant ou non. Dès lors, il ordonnera une nouvelle expertise psychiatrique ainsi qu'une expertise conduite par un médecin otorhino-laryngologue.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Ordonne une expertise médicale bidisciplinaire. La confie au Dr I _____, psychiatre. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
 - c. Examiner l'assuré.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelle sont les atteintes à la santé dont souffre l'assuré d'un point de vue psychiatrique (poser des diagnostics précis) ?
 - g. L'assuré présente-t-il un trouble dépressif ? Si oui, de quel degré (faible, moyen, grave) et depuis quand (avec les variations des degrés le cas échéant) ?
 - h. A-t-il une influence sur la capacité de travail ? Si oui, dans quelle mesure et pourquoi ? Quel traitement est-il indiqué ? L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - i. La compliance est-elle optimale ?
 - j. L'assuré présente-t-il un trouble somatoforme douloureux (acouphène) ? Si oui :
 - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Si oui ce trouble psychique, a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux ?
 - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?

- Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - Le recourant subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - L'état psychique est-il cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - Peut-on exiger du recourant qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs (acouphènes) et réintégrer le monde du travail ?
 - En d'autres termes, dispose-t-il, et si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses acouphènes aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- k. Les troubles du sommeil ont-ils une influence sur la capacité de travail du recourant ? Si oui laquelle (décrire les limitations et le cas échéant le taux de l'empêchement sur la capacité de travail)?
- l. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- m. Quelles sont les limitations fonctionnelles psychiques et/ou physiques empêchant le cas échéant une reprise d'activité à temps plein ou à temps partiel (description précise) ?
- n. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- o. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 3 décembre 2008 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?
- p. Faire une appréciation consensuelle du cas avec l'experte Dresse J _____, oto-rino-laryngologue.
- q. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Ordonne une expertise médicale bidisciplinaire. La confie à la Dresse J_____, otorhino-laryngologue. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- r. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - s. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
 - t. Examiner l'assuré.
 - u. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - v. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - w. Quelles sont les atteintes à la santé dont souffre l'assuré d'un point de vue somatique (poser des diagnostics précis) ?
 - x. L'assuré présente-t-il un trouble somatoforme douloureux (acouphène) ? Si oui :
 - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Si oui ce trouble psychique, a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux ?
 - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - Le recourant subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - L'état psychique est-il cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - Peut-on exiger du recourant qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs (acouphènes) et réintégrer le monde du travail ?
 - En d'autres termes, dispose-t-il, et si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses acouphènes aux fins d'exercer une activité lucrative ?

- y. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
 - z. Quelles sont les limitations fonctionnelles psychiques et/ou physiques empêchant le cas échéant une reprise d'activité à temps plein ou à temps partiel (description précise) ?
 - aa. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - bb. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 3 décembre 2008 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?
 - cc. Faire une appréciation consensuelle du cas avec l'expert Dr I _____, psychiatre.
 - dd. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
4. Invite les experts à déposer le plus rapidement possible leur rapport **en trois exemplaires** au Tribunal de céans.
5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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