

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3859/2008

ATAS/259/2010

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

**du 11 mars 2010**

**Chambre 4**

En la cause

Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

---

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur H\_\_\_\_\_ (ci-après l'intéressé ou le recourant), né en 1970, a obtenu un diplôme de pharmacien de l'Université de Genève en 1995. L'intéressé a travaillé comme pharmacien responsable dans diverses pharmacies à Genève, Lausanne et Martigny. Depuis le 25 mai 2003, il est pharmacien responsable au sein de la pharmacie familiale.
2. En raison de divers problèmes de santé, l'intéressé a été mis en incapacité de travail de 25% dès le mois de janvier 2006, suivie d'une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre de l'année 2007. Il exerce toutefois encore son activité dans le cadre de la pharmacie familiale à un taux d'environ 40%.
3. Le 28 juin 2007, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi de mesures médicales et d'une rente. Il a indiqué souffrir d'un syndrome de Klinefelter entraînant diverses affections médicales.
4. Dans un rapport adressé à l'OAI en date du 13 août 2007, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne-cardiologie, a indiqué que le patient présentait une pathologie spécifique endocrinologique, notamment un syndrome de Klinefelter et des problèmes pneumologiques (asthme bronchique). Le patient présente en outre une obésité débilante dans le cadre du syndrome de Klinefelter, une extrasystolie supraventriculaire accompagnée d'épisodes de tachycardie symptomatique, un asthme bronchique, un status post-entorse de cheville avec mise en place d'un plâtre, complication secondaire, et ré-opération. Le Dr L\_\_\_\_\_ suit le patient du point de vue cardiologie. Il a joint en annexe à son rapport divers documents médicaux, notamment un rapport d'ergométrie du 15 avril 2005, un avis de sortie établi par l'hôpital Beau-Séjour, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), suite à une hospitalisation du 21 janvier 2005 au 31 janvier 2005 pour des douleurs dorsales et du membre inférieur spécifiques ainsi qu'un asthme allergique sévère, un rapport du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, du 7 décembre 2006, concluant à une stase alimentaire gastrique, ainsi que divers résultats de laboratoire.
5. L'employeur a indiqué en date du 29 juin 2007 que l'intéressé travaillait depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003 en qualité de pharmacien responsable. L'horaire normal de travail de l'entreprise est de 11 heures par jour, 5 jours par semaine, plus un jour à 6 heures par jour. Depuis janvier 2006, l'intéressé ne travaille plus que 6 heures par jour et

depuis le 1<sup>er</sup> juin, 5 jours par semaine, en raison d'une grande fatigue et de grandes difficultés à rester debout.

6. La Doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a établi un rapport médical le 23 octobre 2007 à l'attention de l'OAI. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont les suivants : asthme sévère avec décompensation itérative conduisant à des hospitalisations aux soins intensifs de médecine, polyneuropathie sensitive ou motrice des deux membres inférieurs, arthropathie avec importantes déformations du pied en relation probablement avec la polyneuropathie périphérique sévère, probable trouble de la personnalité avec état dépressif réactionnel sévère, obésité morbide et syndrome de Klinefelter. Les autres diagnostics, à savoir la polyarthralgie sévère et l'ostéoporose en relation avec le traitement stéroïdien au long court et l'hypogonadisme chronique sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est de 100% dans l'activité exercée en tant que pharmacien depuis début 2007. Ce médecin indique que l'état de santé de l'assuré s'aggrave, que la capacité de travail pourrait potentiellement être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles seront indiquées en mesure d'une réduction du temps de travail et d'une réorientation professionnelle. Un examen complémentaire semblait indiqué, le patient étant suivi en parallèle par plusieurs médecins sans pouvoir faire une synthèse correcte de son état de santé.
7. Le 29 octobre 2007, l'employeur de l'intéressé a confirmé à l'OAI que l'intéressé travaille à temps partiel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, environ 28 à 30 heures par semaine et a indiqué les diverses dates d'interruption de l'activité à 100%, au cours des années 2005 à 2007.
8. Dans un rapport du 27 novembre 2007 à l'attention de l'OAI, la Doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a diagnostiqué un asthme sévère, une polyneuropathie sensitive et motrice des deux membres inférieurs, une arthropathie avec importantes déformations du pied gauche et multiples entorses à répétition, un status après ostéotomie valgusante du calcanéum en août 2006, de probables troubles de la personnalité avec état dépressif réactionnel sévère, une obésité morbide et un syndrome de Klinefelter. Les autres diagnostics, à savoir les polyarthralgies sévères, l'ostéopénie en relation avec un traitement stéroïdien de long cours et l'hypogonadisme chronique sont sans influence sur la capacité de travail. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité exercée en tant que pharmacien depuis 2007. Elle a indiqué qu'elle ne connaissait ce patient que depuis le 25 octobre 2007, qu'elle ne s'occupait que de son problème endocrinologique et

que par rapport aux autres problèmes médicaux, elle n'était pas dans la capacité de juger de leur évolution.

9. Au vu de la complexité du cas, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Bureau romand d'expertises médicales (BREM). L'intéressé a été examiné par les Drs P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin interne et rhumatologie, Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie. Dans leur rapport d'expertise du 18 juillet 2008, les médecins relèvent que lors d'une hospitalisation en pédiatrie à l'âge de 17 ans, les médecins auraient diagnostiqué une maladie de Klinefelter dont le résultat n'a pas été transmis à l'assuré, de sorte qu'il n'a pas été traité pour cette maladie. Ce n'est qu'il y a quatre ans au cours d'une nouvelle hospitalisation pour une crise d'asthme que le patient apprend par hasard qu'il souffre d'un syndrome de Klinefelter. A partir de là, son état de santé va se péjorer brutalement, avec des douleurs cardiaques et au niveau des deux jambes. Les investigations vont montrer la présence d'une polyneuropathie. Du point de vue rhumatologique et endocrinologique, le médecin a retenu les limitations suivantes : pas de station debout de plus de 60 minutes, possibilité de pouvoir s'asseoir toutes les heures et de ne pas devoir monter ou descendre des escaliers. En tant que pharmacien responsable, l'expertisé a la possibilité de déléguer certaines tâches et de faire principalement un travail de surveillance, de sorte qu'il peut adapter son travail à son handicap. La diminution de rendement est ainsi que 20%. Le rhumatologue a mis en évidence également une fibromyalgie mais qui ne peut pas être tenue comme incapacitante dans sa profession. Enfin, s'agissant du syndrome de Klinefelter, il n'entraîne aucune atteinte de la capacité intellectuelle, ni cardiaque, ni rénale. Le diagnostic de diabète n'est pas démontré. En définitive ce syndrome n'entraîne aucune incapacité de travail. Du point de vue neurologique, le médecin a constaté qu'objectivement les trouvailles neurologiques sont très ténues et que tout au plus constate-t-on une discrète diminution de la sensibilité dystale ainsi que la paresthésie. L'évaluation de la motricité est rendue difficile en raison de nombreux lâchages. Les différents électro-neuromyogrammes ont tous confirmé l'existence d'une polyneuropathie sensitivo-motrice très discrète. Le médecin a relevé de nombreux traits évocateurs d'une majoration , parmi lesquels il faut relever la chute à l'épreuve de Mengazini bloquée au membre supérieur gauche, les troubles de la sensibilité ne correspondant pas à une atteinte systématisée telles que celles rencontrées dans une atteinte corticale. Une discordance entre les plaintes et les constatations cliniques a été relevée. Selon le médecin, l'ensemble de ce tableau s'est manifesté au moment où on lui aurait annoncé l'existence d'un syndrome de Klinefelter il y a quatre ans. En l'espèce il est possible mais non certain que sa

polyneuropathie puisse être rattachée à une intolérance au glucose entrant dans le cadre d'un futur diabète non clairement déclaré. Le médecin conclut qu'il n'existe aucun handicap significatif lié à une quelconque affection neurologique. La polyneuropathie rencontrée et objectivée n'est pas suffisante pour expliquer son tableau actuel. Du point de vue pneumologique, le médecin a observé un manque de collaboration entre 1999 et 2007 ne permettant jamais de mesurer la sévérité du syndrome obstructif. Il est confirmé que le patient souffre d'un asthme allergique perannuel depuis sa petite enfance. Sur la base de la consultation, le médecin indique qu'il est très difficile voire impossible d'évaluer le degré de sévérité de l'asthme compte tenu d'un « overlap » manifeste avec un syndrome psychiatrique. L'expert relève qu'il n'a pas pu revoir le patient le lendemain de sa première consultation comme prévu dans la mesure où celui-ci a dû être réhospitalisé pour une nouvelle détresse respiratoire avec séjour dans le service de pneumologie des HUG, sans passage aux soins intensifs, pour une surveillance. Enfin, sur le plan psychiatrique, l'expert relève qu'il n'a relevé aucun indice pour la présence d'une symptomatologie psychotique, ni d'indices en faveur d'une perception altérée de la réalité, même de manière furtive. Il n'y a pas de raison psychologique à l'origine d'une aptitude au travail diminuée car, d'une part, ces éléments sont partiellement conscients et accessibles à la volonté et, d'autre part, il s'agit d'un comportement dysfonctionnel sans troubles psychiatriques malades. La présence d'un épisode dépressif n'a pas pu être mis en évidence dans le passé et une telle atteinte n'existe pas actuellement. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas à l'origine de l'aptitude diminuée de l'exercice d'une activité professionnelle. Les médecins du BREM ont ainsi retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un status après une ostéotomie valgusante du calcaneum gauche, associé à un transfert du long péronier sur le court péronier et un allongement du gastrocnémien depuis le 31 août 2006. Ils ont diagnostiqué encore une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, une fibromyalgie, un syndrome de Klinefelter depuis la naissance, une polyneuropathie sensitivomotrice discrète, une obésité morbide et un asthme bronchique allergique perannuel, sans répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue neurologique, endocrinologique, pneumologique, psychique et social, il n'y a aucune limitation en relation avec les troubles constatés dans l'activité exercée. Les seules limitations du point de vue rhumatologique sont les suivantes : le patient doit éviter de rester debout sans bouger plus de 60 minutes, il doit pouvoir s'asseoir toutes les heures et éviter de monter ou de descendre. Selon les experts, une diminution du rendement de 20% peut être décidée de ce point de vue.

10. Le 29 août 2008, l'OAI a notifié à l'intéressé un projet de décision de refus de prestations, considérant qu'il pouvait travailler dans sa profession habituelle de

pharmacien 8 heures par jour avec une légère diminution de rendement d'environ 20% à cause du problème du pied gauche.

11. Le 5 septembre 2008, l'intéressé s'est opposé à ce projet, le considérant comme totalement infondé.
12. Par décision du 3 octobre 2008, l'office AI a rejeté la demande de prestations, aux motifs qu'il ne souffrait d'aucune maladie invalidante et qu'il pouvait travailler dans sa profession habituelle de pharmacien, avec une légère diminution de rendement d'environ 20%.
13. Par acte du 28 octobre 2008, l'intéressé a interjeté recours contre la décision précitée. Il expose qu'il est porteur d'une maladie génétique, le syndrome de Klinefelter, lequel, vu son âge, ne peut plus être soigné correctement. Il évoque le fait qu'il a dû être hospitalisé à plusieurs reprises aux soins intensifs depuis l'âge de 14 ans pour des crises d'asthmes aiguës. Il a pris également énormément de poids. Il fait valoir qu'il souffre de plusieurs problèmes physiques, notamment d'une polyneuropathie, d'une insuffisance veineuse aggravée, d'une ostéoporose, d'asthme et de problèmes au niveau des reins.
14. Dans sa réponse du 25 novembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 juillet 2008.
15. Le Tribunal a entendu les parties en comparution personnelle en date du 3 juin 2009. A l'audience, le recourant, assisté de sa mandataire, a expliqué qu'il présentait plusieurs atteintes à la santé, notamment une polyneuropathie des membres inférieurs depuis son enfance, suite au syndrome de Klinefelter. Il a expliqué que ce diagnostic avait été posé alors qu'il avait 14 ans, mais à son insu, ainsi qu'à celui de ses parents et de son pédiatre. Il a appris ce diagnostic il y a cinq ans seulement, lors d'un séjour à l'hôpital. Dans son enfance déjà, il était constamment dispensé de gym car il n'avait pas de force dans les jambes et son pédiatre ne comprenait pas ce qui se passait. S'agissant de l'affection pneumologique, il précise qu'il souffre de bronchites asthmatiques depuis sa plus tendre enfance, nécessitant des hospitalisations. Il avait déjà subi 7 crises d'asthme majeures dans l'année, sans hospitalisation. En outre, il a un problème au pied droit : il a été opéré, mais la vis a cédé en raison de l'ostéoporose. Depuis le 30 avril 2009, il est en arrêt à 100% pour une durée indéterminée. Selon le recourant, toutes ces affections, ajoutées à la fatigabilité extrême, rendent l'activité de pharmacien actuellement impossible, ce d'autant qu'il doit rester pratiquement debout toute la journée. En tant que pharmacien responsable, il lui est impossible de s'asseoir tous les quarts d'heure. La société propriétaire de la pharmacie qui

l'emploi appartient à son père ce qui explique que malgré son taux d'absentéisme énorme, elle a pu continuer à l'employer. Au fil du temps, il a dû diminuer son taux d'activité jusqu'à un taux de 40% et son salaire a été réduit en conséquence. Le recourant a contesté les conclusions de l'expertise et sa mandataire a ajouté que selon le médecin traitant du recourant, la situation globale extrêmement complexe n'avait pas été prise en compte et qu'il convenait d'entendre le Professeur T\_\_\_\_\_, de la clinique des Grangettes, spécialiste reconnu en matière de syndrome de Klinefelter. En outre, les troubles anxieux devaient être élucidés.

La représentante de l'OAI a déclaré que l'Office AI se fondait sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2008 par le BREM, qu'il considère comme probante, complète et détaillée.

16. Le Tribunal a entendu le Pr T\_\_\_\_\_, à titre de témoin, en date du 26 août 2009. Ce professeur a déclaré qu'il avait examiné le recourant à trois reprises depuis 2008, et confirmé qu'il présentait un syndrome de Klinefelter depuis la naissance. Il a expliqué que cette maladie est une affection génétique qui a pour conséquence une diminution de production de testostérone, de sorte que les malades ont moins de musculature et développent en contrepartie de la graisse. Ils sont en surpoids. Si les patients ne sont pas traités pour ce manque de testostérone, ils développent pratiquement sûrement une ostéoporose. Un grand pourcentage des patients présentant le syndrome de Klinefelter présente un retard mental important par rapport aux hommes sains ; ils présentent également, selon son expérience, une déficience psychologique, sous forme de difficulté de concentration, de difficulté à terminer un travail, de fuite des responsabilités, points parfois sous estimés par les praticiens. Les bronchites et l'insuffisance respiratoire sont connues comme étant liées au syndrome de Klinefelter, ce qui n'est pas le cas de l'asthme, selon la littérature actuelle. S'agissant en revanche des polynévrites, les personnes souffrant du syndrome de Klinefelter ne développent pas plus que d'autres cette affection. Il s'agit des conséquences de l'excès de poids. Le recourant présente une déficience sévère en testostérone. Le diagnostic ne lui a été communiqué qu'en 2003, alors qu'il était âgé de 33 ans, ce qui est évidemment très grave. Cet événement a causé un grave choc chez le recourant. L'aspect psychologique est chez lui crucial, tant du point de vue la vie sexuelle que conjugale. En effet, en tant que juif pratiquant, il est très important pour lui d'avoir des enfants, il s'agit pratiquement d'une obligation religieuse. Le fait d'avoir connu un tel diagnostic à l'âge adulte a entraîné un effondrement psychologique total. Le patient a une intelligence normale, mais les symptômes cliniques psychologiques que l'on retrouve chez les personnes souffrant d'une tel syndrome ont été en tous les cas accentués depuis la révélation du diagnostic. Selon le Professeur T\_\_\_\_\_, à chaque fois qu'un

traitement de testostérone a été instauré, même à des doses minimales, il a été très mal supporté par le patient qui a présenté une énorme irritabilité, ainsi qu'une agressivité. Il n'a jamais pu bénéficier d'un traitement continu. En raison de l'obésité, il risque également de développer un diabète. Concernant l'asthme important, qui pourrait aussi être déclenché par de l'anxiété, il relève du pneumologue. S'agissant du problème des membres inférieurs, le témoin s'est référé aux rapports des neurologue, rhumatologue et chirurgien orthopédique qui ont examiné le recourant. Le témoin a déclaré qu'un soutien psychologique était hautement recommandé, mais là encore on se heurtait au caractère fuyant des personnes souffrant du syndrome de Klinefelter. D'autre part, du fait de la connaissance tardive du diagnostic, le recourant n'a pas la volonté forcément de travailler avec un psychologue ou un psychiatre. Le témoin a déclaré qu'il a eu connaissance de l'expertise réalisée par le BREM, par le biais de la mandataire du patient. Grosso modo, les diagnostics retenus par les experts ne sont pas en contradiction avec ses propres déclarations, sauf en ce qui concerne l'instabilité psychologique, qui est indépendante de l'intelligence. De son point de vue, les experts n'ont pas vu suffisamment de cas pour comprendre qu'il s'agit d'un élément essentiel des personnes souffrant d'un tel syndrome. Les experts ont parlé de manque de volonté, ce qui n'est pas le cas ; il s'agit d'un trait de caractère que tous les malades atteints du syndrome de Klinefelter présentent. Cela se retrouve déjà dans l'enfance, avant les troubles hormonaux : il s'agit d'une anomalie de la cellule. Selon le Pr T\_\_\_\_\_, les experts ont également sous-estimé la rupture importante présentée par le patient dès qu'il a connu le diagnostic, ainsi que le fait qu'il est juif très pratiquant et qu'il est indispensable de procréer, de sorte que dans sa conception, il s'agit d'une tare supplémentaire. Selon le Pr T\_\_\_\_\_, le patient présente typiquement les traits de caractère du syndrome de Klinefelter, l'aspect psychologique étant le plus difficile à traiter. Ce point de vue lui a été confirmé par un confrère allemand, le Professeur U\_\_\_\_\_, qui est un grand spécialiste européen du syndrome de Klinefelter. S'agissant de la capacité de travail, il convient de tenir compte du fait que le patient est très atteint psychologiquement, qu'il souffre d'une obésité importante, qu'il présente aussi des difficultés orthostatiques, de sorte qu'il peine à fonctionner en tant que pharmacien. Il lui était difficile de se prononcer de façon précise sur la capacité de travail, mais il pouvait dire qu'une activité de 50% en tant que pharmacien serait réaliste. Le fait que l'activité actuelle du patient se déroule dans un environnement familial est par ailleurs favorable au maintien d'une capacité de travail de 50%. Il pensait qu'une expertise psychiatrique serait idéale, par un expert psychiatre connaissant le syndrome de Klinefelter, ce qui, à sa connaissance, n'est pas le cas à Genève.

17. Le Tribunal a entendu le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en médecine interne, médecin traitant du recourant, en qualité de témoin, en date du 26 août 2009. Ce dernier a déclaré qu'il suivait le recourant depuis novembre 2007. Le patient lui a demandé de l'aider à coordonner les différents intervenants ainsi que les investigations à faire, au regard de son cas très complexe. Le problème de base chez le patient est le syndrome de Klinefelter qui entraîne une évolution progressive pathologique à plusieurs niveaux. Le patient présente également une maladie asthmatique très sévère que l'on ne peut pas intégrer dans le cadre du syndrome de Klinefelter. Quant à la polyneuropathie, le problème est plus complexe parce qu'elle pourrait être liée au syndrome, sans que l'on en ait toutefois la preuve. Le praticien a produit un rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du 24 février 2009, dont il résulte une progression de la polyneuropathie, ce qui contribue à l'actuel handicap du patient. Cette atteinte a été objectivée par l'électroneuromyographie effectuée par le Dr W\_\_\_\_\_. Il a envoyé son patient chez le Professeur T\_\_\_\_\_ qui est à sa connaissance un des grands spécialistes en Suisse du syndrome de Klinefelter, afin de tenter d'instaurer un traitement. Mais la réponse a été, à ce jour, insuffisante. Le médecin traitant explique que la maladie elle-même a des répercussions au niveau du caractère et que le fait de présenter une maladie définitive génétique et évolutive entraîne aussi des répercussions, notamment une anxiété et une angoisse importantes qu'il est difficile à gérer. Selon le médecin traitant, le patient présente un état d'angoisse sous-jacent. Il souhaitait ardemment avoir un enfant et il n'a pu le faire que grâce à un procédé qui n'existe pas en Suisse, à savoir une ponction directe testiculaire suivie d'une insémination in vitro. Il a pu le faire en Israël, moyennant paiement d'une somme importante, et c'est ainsi qu'il a pu avoir un enfant l'été. Selon le médecin traitant, le patient présente une intelligence remarquable, mais également une composante psychologique complexe liée au syndrome de Klinefelter. S'agissant de la capacité de travail, il estimait qu'actuellement si son patient parvenait à effectuer un 50% c'était déjà pas mal compte tenu des douleurs et de la fatigue. Il a précisé que l'exercice actuel de la profession du patient dans le cadre d'un environnement familial est la meilleure solution possible, car aucun autre employeur n'accepterait une situation où l'employé présente des interruptions de travail complètes pendant plusieurs jours, dues parfois aussi à la maladie asthmatique.
18. Le Tribunal a communiqué les procès-verbaux d'enquêtes du Professeur T\_\_\_\_\_ et du Dr V\_\_\_\_\_, ainsi que des rapports médicaux produits, au BREM, en priant les experts de se déterminer, tant du point de vue somatique que des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

19. Le 19 octobre 2009, le BREM a communiqué au Tribunal les positions des divers médecins ayant examiné le recourant dans le cadre de l'expertise. Pour le Dr S \_\_\_\_\_, pneumologue, le diagnostic d'asthme allergique persistant modéré de stade de sévérité III sur un total de IV est confirmé. Sur le plan clinique, il a constaté l'absence de nouvelles hospitalisations pour décompensation respiratoire depuis le dernier épisode de mars 2008. Sur la base de cette réponse au traitement et de l'amélioration fonctionnelle décrite ci-dessus il reconnaît un caractère persistant modéré de cet asthme allergique. Cette évolution récente ne modifie donc pas les conclusions de son expertise de mars 2008 concernant sa capacité de travail. L'évaluation de la sévérité des crises ayant mené aux hospitalisations avant mars 2008 reste toujours aussi difficile. Il maintient donc ses conclusions dans le diagnostic différentiel d'une crise d'asthme aussi sévère entre une décompensation psychiatrique et une très probable dyskinésie laryngée rendant tout aussi difficile l'évaluation clinique et fonctionnelle réelle de la sévérité des crises d'asthme présentées jusqu'en mars 2008. Le Dr R \_\_\_\_\_, neurologue, considère que l'électroneuromyographie pratiquée par le Dr W \_\_\_\_\_ le 23 février 2009 est superposable à celle effectuée lors de leur expertise. Il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé et les conclusions restent les mêmes. Enfin, le Dr Q \_\_\_\_\_, psychiatre, relève que lors de l'expertise psychiatrique du 18 juillet 2008, il n'a pas constaté d'anxiété ni de tension et que l'absence de prise de traitement anxiolytique parle contre la présence d'angoisses marquées. Il n'y a pas non plus de troubles psychotiques. Concernant la déficience et l'instabilité psychologique avec des difficultés à se concentrer, à terminer un travail et à fuir devant les responsabilités, si certains de ces aspects peuvent être présents, ils sont toutefois insuffisamment marqués pour constituer une affection psychiatrique selon les critères des classifications officielles. En effet, l'expertisé a été à même de mener à bien des études universitaires longues et difficiles, aspect incompatible avec une instabilité psychique majeure. D'une manière générale, la partie psychiatrique de l'expertise du 10 juillet 2008 a montré une symptomatologie réduite et disparate, non constitutive d'une entité nosologique psychiatrique. L'absence de traitement psychotrope en dehors d'un hypnotique, ainsi que l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique et l'absence de suivi par un psychiatre parlent contre la présence d'une affection psychique incapacitante.
20. Ces pièces ont été communiquées aux parties pour détermination.
21. Dans ses écritures du 12 novembre 2009, l'OAI se réfère à l'avis médical du SMR Suisse romande et des experts du BREM.

22. Dans ses conclusions du 12 novembre 2009, le recourant relève en premier lieu que l'absence de suivi psychiatrique n'est pas un argument pour conclure à l'absence d'une affection psychique invalidante. Il persiste dans sa demande d'expertise psychiatrique dans la mesure où il s'agit d'un cas complexe avec de multiples atteintes à la santé dont la combinaison n'a pas été prise en compte par le BREM.
23. Par courrier du 5 février 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait décidé de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique et mandater le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) à ce effet. Il leur a imparti un délai afin de faire valoir d'éventuels motifs de récusation et de communiquer les questions complémentaires à poser à l'expert.
24. Dans le délai imparti, les parties ont informé le Tribunal de céans qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à faire valoir ni de questions complémentaires à poser, l'OAI se déclarant « surpris » de la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique.
25. Sur quoi, 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443). Ainsi, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du

dossier requièrent une telle mesure, et 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 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.). De son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

4. En l'espèce, le Tribunal de céans, au vu des avis totalement divergents des médecins quant à l'impact psychologique, voire psychiatrique, du syndrome de Klinefelter et ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives, quoi qu'en dise l'intimé.

Au regard de la complexité de la maladie dont souffre le recourant, telle qu'elle a été exposée au Tribunal lors des enquêtes, il se justifie d'ordonner une nouvelle évaluation psychiatrique par un spécialiste, qui pourra s'adjoindre le concours d'autres médecins, si nécessaire.

\*\*\*

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 H\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
  2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
    1. Anamnèse détaillée.
    2. Données subjectives de la personne.
    3. Constatations objectives et status clinique.
    4. Diagnostic(s) psychiatrique(s) au sens de la CIM-10.
    5. Les troubles psychiatriques diagnostiqués ont-ils valeur de maladie en tant que tels au sens de la CIM-10 ? expliquez.  
Indiquer le degré de gravité de chacun d'entre eux.
-

6. Compte tenu des diagnostics posés, le recourant présente-t-il des limitations psychiques ? si oui, lesquelles et depuis quand ?
  7. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent :
    - a) dans l'activité habituelle
    - b) dans une activité adaptée.
  8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable et décrire son évolution jusqu'à ce jour.
  9. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible du recourant, et dans ce cas depuis quand, à quel taux et dans quel(s) domaine(s) ?
  10. Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
  11. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? si oui, lesquelles ?

Les mesures médicales envisagées sont-elles raisonnablement exigibles du recourant ? veuillez expliquer.
  12. Appréciation du cas et pronostic.
3. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
  4. Commet à ces fins le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à enève.
  5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
  6. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

---