

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4172/2008

ATAS/561/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 19 mai 2009

Chambre 5

En la cause

Monsieur G _____, domicilié au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur G _____, né en 1967, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de maçon. Il a travaillé de 1987 à 1990 chez X _____ comme opérateur polyvalent pour le contrôle final de montres-bracelets. Entre 1990 et 1995, il a travaillé dans différents emplois temporaires (réceptionniste, garde de maintenance). En dernier lieu, il était employé comme nettoyeur au Musée X _____ durant six mois.
2. Dans son rapport du 8 septembre 1976 à l'attention de l'assurance-invalidité, la Dresse L _____-DAMI, psychiatre infantile, demande la prise en charge d'une psychothérapie pour l'intéressé. Elle mentionne que l'enfant a assisté à des scènes violentes entre ses parents jusqu'à leur divorce il y a deux ans, ce qui a donné lieu à ses placements multiples en internat. Dès le début de la scolarité, on note une instabilité importante : il provoque des accidents de ses camarades, fait des crises violentes à la maison, casse des objets et bat sa mère. La Dresse L _____ décrit l'enfant comme étant intelligent, mais angoissé, faisant de fréquents cauchemars, avide d'affection et d'attention, alors qu'il est livré à lui-même et immature. Depuis deux ans, il est placé à la Maison des Charmilles. Il a évolué dans son adaptation sociale, mais reste fragile, mal structuré et d'humeur très labile. "Tout est toujours à reconstruire", selon ce médecin.
3. Du dossier de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA) ressort que l'assuré a subi de multiples accidents entre 1989 et 1995 (bagarres, agressions, coups de couteaux). Le 5 mars 1990, il a reçu un coup de lame au rasoir au niveau de la joue droite de la part d'un codétenu à la prison de Champ-Dollon où il était incarcéré, ce qui lui causera une cicatrice définitive transversale. Le 20 juin 1998, il est agressé à l'arme blanche. Cette agression entraîne un hémithorax gauche nécessitant la pose d'un drain. Par la suite, l'assuré développe une bronchopneumonie résistante à l'Augmentin. Un épanchement nécessite un nouveau drainage. En parallèle, l'assuré est suivi par la consultation de psychiatrie pour un état de stress post-traumatique.
4. En 1998, un abcès hépatique drainé est diagnostiqué. A la même période, l'intéressé présente également une maladie de Lyme avec main droite tombante qui régresse complètement.
5. Dans son préavis médical du 13 août 2001, le Dr M _____, interniste et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) indique que l'arrêt de travail certifié par le Dr N _____ est dû à des motifs

psychiatriques. Une fois l'état psychique stabilisé, la reprise d'un emploi serait tout à fait concevable.

6. Du 3 au 13 mai 2002, l'assuré est hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana. Le rapport du 22 mai 2002 de cette Clinique mentionne à titre de diagnostic principal rééducation après abus de drogue. Les comorbidités sont les suivantes : dépendance aux opiacées, utilisation actuelle, trouble du comportement alimentaire, trouble de la personnalité émotionnellement labile type "borderline" et surcharge pondérale.
7. Selon le rapport médical du 9 juin 2003 du Dr N_____, interniste, le patient est un polytoxicomane de longue date. Il diagnostique un trouble de la personnalité type borderline, des troubles du comportement alimentaire, un status après broncho-pneumonie en 1998 et bronchite chronique, des séquelles de nombreux traumatismes sur chutes et bagarres, un status après luxation du coude gauche en mars 2002, un status après maladie de Lyme, une gastrite chronique avec reflux gastro-oesophagien et des problèmes socio-économiques graves. Le patient est difficile sur le plan caractériel, d'humeur labile tantôt hyperactif et tantôt adynamique, avec des prostrations importantes. Le seuil de frustration est très bas. Le Dr N_____ note par ailleurs des troubles de la concentration, une perte de confiance en lui et des idées suicidaires graves. Le patient ne consomme plus d'héroïne, mais parfois de la cocaïne. La consommation de haschich est en régression. Le pronostic de ce médecin est "Plus que sévère car idées noires de plus en plus soutenues".
8. Le 9 août 2003, l'assuré se tord la cheville gauche. L'IRM réalisée le 21 août 2003 montre une contusion osseuse étendue sur toute la partie distale du tibia, la majeure partie de l'astragale et le sustentaculum du calcaneum, un foyer de contusion avec probables déchirures partielles de l'extrémité distale du tendon du muscle tibial postérieur et un épanchement articulaire dont l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Dans son rapport du 14 septembre 2004, le Dr O_____, médecin d'arrondissement pour la SUVA, constate un déficit de flexion et d'extension de la cheville gauche et une hypoesthésie sur le bord externe du pied gauche. Le traitement sera terminé après les séances de physiothérapie. Toutefois, "La reprise de travail dans un métier du bâtiment n'est pas une proposition qui peut être faite de manière raisonnable".
9. Par demande reçue le 22 août 2005, l'assuré requiert des prestations de l'assurance invalidité, en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession.

10. Selon le rapport du 22 novembre 2005 du Dr P_____, généraliste, le patient est atteint d'un trouble d'hyperactivité et de déficit d'attention (THADA) et de toxicomanie mixte. Des troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline sont suspectés. L'état global est stabilisé, après le diagnostic du THADA et son traitement par Ritaline et Concerta. Selon l'appréciation de ce médecin,

"Vu la gravité de la symptomatologie, malgré l'amélioration du THADA, le pronostic d'une remise à conformité minimale socio-professionnelle reste réservée : le patient aura besoin d'aide soutenue pour se stabiliser."

Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il indique que la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent peut être amélioré "dans la mesure où les mesures médicales peuvent s'appuyer sur les mesures sociales et professionnelles et réciproquement". Le Dr P_____ ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail exigible et recommande un examen neuropsychologique.

11. Selon le rapport médical du Dr N_____, reçu à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) le 26 mai 2006, les diagnostics sont les suivants : ex-polytoxicomanie (héroïne, codéine, benzodiazépines) - cocaïne parfois; status post-maladie de Lyme avec parésie résiduelle de l'extenseur du pouce avec faiblesse du poignet droit; séquelles de contusions multiples au niveau de la colonne dorso-lombaire et articulaires; troubles de la personnalité de type borderline sur fond d'hyperactivité. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il note une gastrite chronique et des crises d'épilepsie en période de sevrage. L'état est stationnaire. Dans les constatations objectives, il mentionne des contractures musculaires para-vertébrales bilatérales, des inclinaisons latérales limitées, une mobilisation du coude droit sensible, une force de préhension de la main droite limitée, une irritabilité et une hyperactivité même pendant la consultation.
12. A la demande de l'OCAI, l'assuré fait l'objet d'une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale. Celui-ci procède à un examen clinique, à des examens spécialisés psychiatrique, rhumatologique et neuropsychologique fin 2006/début 2007. A trois reprises, l'assuré ne se présente pas aux rendez-vous qui lui ont été fixés. Dans l'anamnèse du rapport d'expertise du 3 juillet 2007, il est notamment noté que l'assuré vit seul et n'a plus de contact avec sa famille. Dans ses loisirs, il s'intéresse à créer des morceaux de musique sur son ordinateur. Selon l'évaluation psychiatrique effectuée le 15 décembre 2006 par la Dresse Q_____,

spécialiste FMH en psychiatrie selon les indications du rapport d'expertise, l'assuré souffre de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées entrant dans le cadre d'un syndrome de dépendance, avec suivi actuel d'un régime de substitution sous surveillance médicale, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et d'un THADA. Elle relève que l'expertisée a eu les capacités de s'investir dans un apprentissage et d'obtenir son CFC après le deuxième essai. Par la suite, il a su s'adapter dans son travail. Son équilibre professionnel a cependant été touché par la consommation de toxiques. Suite à l'introduction d'un traitement approprié de Concerta et de Ritaline, l'assuré a eu une amélioration au niveau psychomoteur et cognitif. Le trouble de la personnalité est caractérisé par une sensibilité émotionnelle, un manque affectif et un sentiment exagéré d'abandon, une impulsivité et une prise de risques sans considération de la gravité de son comportement et des conséquences possibles. Néanmoins, l'assuré a pu dépasser les limitations y liées et s'intégrer au niveau professionnel "jusqu'à l'exacerbation d'un état dépressif suite à une peine de privation de liberté considérée comme injuste par l'assuré et suite à une agression en 1990 qui a laissé une balafre sur le visage, inacceptable par l'assuré pendant longtemps". La Dresse Q _____ indique en outre que "Cet état dépressif a été mis au second plan par la toxicomanie qui a représenté à l'époque une sorte d'autothérapie." Depuis le traitement de Ritaline et de Concerta, l'assuré a réussi à s'engager dans un projet de sevrage de toxiques sous surveillance médicale et substitution par méthadone. Ce sevrage a porté une amélioration très importante. Toutefois, l'assuré reste fragile et l'exacerbation de l'angoisse devient rapide, dès qu'il est confronté à une situation qui pourrait être génératrice potentielle d'angoisse comme par exemple le travail. La Dresse Q _____ estime que l'assuré a de bonnes capacités pour une réinsertion professionnelle, à condition qu'elle soit synchronisée par un soutien médical intensif. L'intégration devrait par ailleurs être précédée par une préparation psychologique et se passer de façon progressive. Elle propose une reprise à 50 % dans un premier temps et une réévaluation après une période de six mois environ. Sur le plan physique, le Dr R _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi que rhumatologie, retient que les séquelles liées aux différents accidents sont modestes. Les limitations sur le plan physique sont les suivantes: l'assuré ne doit pas marcher sur le terrain inégal, ne peut pas courir, doit pouvoir s'asseoir après une heure de station debout, ne doit pas monter sur des tabourets et échelles. Les métiers du bâtiment sont contre-indiqués. Sur la base d'un examen neuropsychologique, les experts constatent par ailleurs que la prise toxique a entraîné une détérioration intellectuelle chez l'assuré, impliquant une diminution de ses capacités à acquérir de nouvelles connaissances et à résoudre de nouveaux problèmes. Le traitement psychotrope stabilise son état, mais pourrait

également diminuer en partie ses facultés de concentration. Dans leur appréciation globale, les experts retiennent une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations. L'expertisé n'est plus apte à travailler comme polyvalent dans l'industrie horlogère, ni à assumer un poste à responsabilité en raison de ses limitations cognitives. Il reste cependant apte à travailler comme vendeur, réceptionniste ou aide-mécanicien ou dans toute autre activité simple et répétitive, en bénéficiant d'un encadrement personnalisé. La capacité de travail résiduelle existe depuis 2004. Les experts estiment enfin que la toxicomanie est secondaire à un trouble de l'hyperactivité et de déficit de l'attention.

13. Selon l'examen neuropsychologique de M. H_____, effectué les 27 février et 2 mars 2007 dans le cadre de l'expertise précitée, l'assuré consomme toujours des joints et dit avoir fumé un joint environ quatre heures avant le 1^{er} rendez-vous et un autre le matin du second rendez-vous. Le psychologue note ce qui suit :

"Il exprime un grand manque de confiance en lui, une peur très marquée du "jugement" des autres. Il apparaît sévèrement anxieux et souvent désorganisé dans sa manière de s'exprimer et de fonctionner au niveau cognitif. Il se plaint par ailleurs de se sentir ainsi dispersé "à tous les niveaux", malgré le traitement de Ritaline (...).

Le score à une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété (STAI) signe une anxiété état et une anxiété trait très élevée.

M. G_____ dit souffrir de n'avoir aucune activité. Sans plus aucune vie sociale, il reste enfermé chez lui et sa principale, si ce n'est sa seule occupation, consiste à jouer de la musique (...). Il n'ose toutefois pas jouer en présence d'autres personnes de peur de leur jugement. Cela le bloque même de s'enregistrer pour son seul profit".

Le quotient d'intelligence (QU) est de 78. Un tel quotient ne permet pas de retenir que les compétences dont l'assuré fait état dans son anamnèse professionnelle soient encore celles qu'il décrit. La cause de cette détérioration est probablement liée aux abus de toxiques et aux troubles psychiques, lesquels sont qualifiés de graves. Le psychologue ne se prononce pas sur la répercussion des troubles dans l'activité actuelle, dans la mesure où l'expertisé est sans activité professionnelle depuis plusieurs années. Il se pose la question de la réinsertion professionnelle, l'expertisé souhaitant avoir une activité au quotidien. En raison des limitations cognitives, une réadaptation professionnelle paraît cependant peu envisageable. Néanmoins, le fonctionnement cognitif pourrait s'améliorer si l'état psychique de l'expertisé qui se décrit comme étant très déprimé "parce qu'il reste enfermé et sans contact social"

s'améliorait et/ou s'il parvenait à renoncer complètement au cannabis. Le psychologue poursuit comme suit :

"Les troubles psychiques dont souffre cet expertisé et les troubles du comportement qui en découlent constituent en fait la principale source de limitations à une réinsertion professionnelle, bien avant les limitations cognitives qui en découlent en partie.

Il faut par ailleurs tenir compte de son anxiété sociale qui limite les capacités à affronter un travail de contact avec des inconnus. L'anxiété sociale peut aussi être augmentée par l'usage de THC, tout comme la dépression d'ailleurs.

Le cas échéant, M. G _____ pourrait être réinséré, dans une activité reposant le plus possible sur les aptitudes verbales, qui sont restées stables chez lui. On pourrait penser à des tâches de bureaux simples par exemple, à des tâches de tri, à un travail de coursier dans une grande entreprise. Enfin, il faudrait envisager un taux d'activité progressif."

14. Selon la note relative à un entretien téléphonique du 28 avril 2008 entre le Dr S _____, médecin au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) et le Dr P _____-ROUS, l'assuré est actuellement totalement incapable de travailler, en raison du THADA. Néanmoins, le médecin traitant estime qu'il serait bien pour son patient de reprendre le travail. Une activité d'ouvrier d'atelier n'est plus possible dans l'usine d'or chez X _____, car l'assuré a été emprisonné. A cause de son trouble, il devient par ailleurs violent. A cela s'ajoute qu'il a des cicatrices sur son visage et n'a plus de dents, ce qui lui donne un aspect peu favorable. Le Dr P _____ demande que son patient soit convoqué au plus tôt par l'assurance-invalidité. Le Dr S _____ lui explique qu'il a manqué au rendez-vous fixé pour le 21 janvier 2008. L'assuré a été par ailleurs hospitalisé dès le 24 janvier 2008, mais était sorti rapidement.
15. Le 21 mai 2008, l'assuré a un rendez-vous avec la Division de la réadaptation professionnelle de l'OCAI. Il indique ne pas se sentir apte actuellement à reprendre une activité professionnelle. La réadaptatrice estime dès lors qu'une réinsertion professionnelle n'est pour l'instant pas envisageable et propose d'évaluer le droit à une rente d'invalidité.
16. Dans son rapport du 22 mai 2008, ladite division mentionne notamment que l'assuré dit vivre un cauchemar, sur le plan psychologique, et avoir d'importantes

appréhensions par rapport à la décision de l'assurance-invalidité. La Ritaline a amené un grand changement positif dans sa vie. Sa perte de gain, dans une activité à 50 %, est évaluée à 52,8 %.

17. Par fax du 30 mai 2008, le Dr P_____ demande des nouvelles au sujet de son patient. Il fait état d'avoir dit au Dr S_____ être favorable à une rente de 100% temporairement, l'acquisition du minimum vital faisant partie de la thérapie.
18. Le 27 mai 2008, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2004.
19. Par courrier du 17 juillet 2008 à l'OCAI, le conseil de l'assuré se constitue pour lui et demande à consulter le dossier.
20. Par décision du 1^{er} août 2004, notifiée directement à l'assuré, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, l'OCAI l'annule et la remplace par une décision identique datée du 17 octobre 2008, laquelle est notifiée au conseil de l'assuré. A la demande du recourant, le Tribunal de céans déclare alors sans objet son recours contre la première décision, par jugement du 19 novembre 2008.
21. Par acte du 19 novembre 2008, l'assuré recourt contre la décision du 17 octobre 2008 de l'OCAI, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète, sous suite de dépens. Préalablement, il demande à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, sur le plan psychiatrique. Il reproche à l'intimé de s'être basé sur l'expertise du Centre d'expertise médicale du 3 juillet 2008, alors même que la Dresse Q_____, désignée comme spécialiste FMH en psychiatrie dans le rapport d'expertise, n'a obtenu ce titre qu'en 2008. De surcroît, de l'avis du recourant, l'expertise multidisciplinaire sous-estime la répercussion des affections psychiques sur sa capacité de travail. Il relève aussi que son médecin traitant semble douter des conclusions de l'expertise, dans la mesure où il demande un complément d'expertise psychiatrique. De surcroît, le neuropsychologue relève un faible QI, lequel se superpose à des affections psychiques lourdes. Cela étant, le recourant fait valoir que la combinaison de ces différents facteurs le rendent en l'état totalement inapte à travailler et à s'insérer dans le milieu professionnel.
22. Par courrier du 4 juillet 2008, le Dr P_____ fait part à l'OCAI qu'il estime nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique complémentaire. Certes, son patient possède encore de capacités d'adaptation et de progrès sur le plan professionnel. Cependant, l'état d'excitation, en partie due à la thérapie, rend toute

activité professionnelle illusoire dans la continuité. En effet, il ne pourrait travailler que quelques jours, au maximum quelques semaines. Le Dr P _____ indique également que son patient prend des neuroleptiques.

23. Dans ses déterminations des 19 novembre 2008 et 5 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise multidisciplinaire effectuée et en considérant que la situation médicale a été parfaitement élucidée.
24. Par courrier du 30 mars 2009, le recourant sollicite une audience de comparution personnelle des parties.
25. Par courrier du 16 avril 2009, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr T _____, psychiatre. Il leur communique également la liste des questions à poser à l'expert.
26. Par courrier du 6 mai 2009, le recourant fait savoir au Tribunal de céans qu'il n'a aucune objection quant au choix de l'expert ni de remarques relatives à la liste des questions.
27. Dans son avis médical du 8 mai 2009, la Dresse U _____ du SMR estime que les questions devraient être complétées. Par écritures du 8 mai 2009, l'intimé informe le Tribunal de céans qu'il n'a pas de motif de récusation à faire valoir et fait siennes les conclusions de l'avis médical précité.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire, laquelle est arrivée à la conclusion qu'il pourrait travailler à raison de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations, avec un encadrement adéquat.

Toutefois, convoqué à la Division de la réadaptation professionnelle, le recourant a indiqué qu'il ne se sentait actuellement pas apte à reprendre une activité professionnelle. Il avait par ailleurs manqué un premier rendez-vous à ladite division. En janvier 2008, il a été hospitalisé.

De l'expertise et de l'examen neuropsychologique, il est ressorti que le recourant présente une anxiété sociale énorme. De surcroît, ses performances cognitives se sont détériorées, compliquant encore plus une réinsertion professionnelle.

Dans ces conditions, le Tribunal de céans n'est pas convaincu par les conclusions de l'expertise du 3 juillet 2007 du Centre d'expertise médicale, en ce qui concerne, d'une part, la faculté de réadaptation du recourant et, d'autre part, le taux de la capacité de travail retenu. A cela s'ajoute que la Dresse Q_____ a apparemment signé l'expertise avec un titre qu'elle ne possédait pas encore au moment de l'examen psychiatrique et de la signature de l'expertise, ce qui empêche de reconnaître une pleine valeur probante à ce document.

Aussi, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Dans la définition de la mission de l'expert, le Tribunal de céans tiendra compte des remarques formulées par la Dresse U_____ dans son avis médical du 8 mai 2009.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr T_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
 - Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur G_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.

- Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
- S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
- Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue ?
 2. Quelles limitations fonctionnelles provoquent les éventuelles atteintes psychiques retenues ?
 3. Quelle est la capacité de travail de M. G _____ dans une activité professionnelle adaptée ?
 4. Comment la capacité de travail de M. G _____ a-t-elle évolué depuis la mise en œuvre de l'expertise du 3 juillet 2007 du Centre d'expertise médicale ?
 5. Si vous deviez avoir retenu une capacité de travail résiduelle, celle-ci existe-t-elle d'ores et déjà ou nécessite-t-elle la mise en œuvre de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle ?
 6. Depuis quand constatez-vous une diminution de la capacité de travail de M. G _____ ?
 7. M. G _____ possède-t-il une capacité de réadaptation?
 8. Son refus de participer à une mesure d'ordre professionnel, au motif qu'il ne sentait pas capable de reprendre le travail, était-il médicalement fondé ou M. G _____ aurait-il pu surmonter ses appréhensions pour prendre part à une telle mesure, en faisant preuve de bonne volonté?
 9. Si vous estimez que M. G _____ pourrait être intégré, du moins partiellement, dans le marché du travail, serait-il d'ores et déjà capable de participer à des mesures de réinsertion ou faudrait-il le préparer à celles-ci? Dans cette dernière hypothèse, quel encadrement et traitement médical jugez-vous nécessaire?
 10. Comment vous déterminez-vous sur les diagnostics retenus et l'appréciation de la capacité de travail par le Centre d'expertise médicale, dans son expertise du 3 juillet 2007 ? Si vous ne deviez pas les partager, pour quelles raisons vous vous en écarterez ?

11. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

- D. Invite le Dr T_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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