

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/894/2012

ATAS/1156/2012

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DE LA COUR DE JUSTICE**

Chambre des assurances sociales

du 25 septembre 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BOLIVAR Manuel

Recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en 1967, est père de deux enfants. Après avoir divorcé en 1995, il vit avec sa compagne et son second fils né en 2000. Après avoir arrêté un apprentissage de pâtissier-confiseur en raison d'une allergie à la farine, il a travaillé comme vendeur en quincaillerie et obtenu le certificat fédéral de capacité (CFC) dans cette branche. Après une période de chômage, il a travaillé comme aide-monteur en chauffage jusqu'à la pose d'une prothèse totale de la hanche droite en 2001. Par l'intermédiaire de l'assurance-invalidité, il se reclasse ensuite dans l'activité de polisseur manuel et travaille en cette qualité jusqu'en 2009 au taux de 75 % correspondant au taux de capacité de travail déterminé par l'assurance-invalidité.
2. Depuis le 28 septembre 2009, l'assuré est en incapacité de travailler pour des raisons médicales.
3. Du 4 au 17 mars 2010, il est hospitalisé au Service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison de lombosciatalgies et de cervicalgies bilatérales, accompagnées d'un état inflammatoire biologique. Selon le rapport du 24 mars 2010, les diagnostics sont les suivants : lombocruralgies intermittentes bilatérales et cervicalgies bilatérales d'origine non déterminée, syndrome inflammatoire d'origine indéterminée, maladie alcoolique avec hépatopathie stable, asthme avec composants allergiques, tabagisme chronique actif avec dysplasie de haut grade de la corde vocale droite, status après prothèse totale de la hanche droite en 2001, nécrose aseptique de la hanche droite et des genoux, problèmes dépressifs nécessitant un arrêt de travail complet depuis trois mois, status après opération de hernie inguinale, bilatéralement. Les douleurs axiales restent d'origine indéterminée au terme du bilan réalisé.
4. Selon le rapport du 16 avril 2010 du Service de rhumatologie des HUG, le syndrome inflammatoire observé précédemment a complètement disparu. Les examens sérologiques pratiqués sont revenus négatifs et il n'existe aucun argument pour retenir le diagnostic de spondylarthropathie axiale. Les lombocruralgies intermittente sont au décours. L'assuré désire se sevrer de la morphine et a déjà commencé à en réduire le dosage. Le médecin responsable propose également une diminution des autres médicaments antalgiques.
5. En juin 2010, l'assuré requiert des prestations d'assurance-invalidité au vu d'une rente.
6. Le 3 juin 2010, la gestionnaire du dossier de l'assureur perte de gain de l'employeur rencontre l'assuré à son domicile. Elle indique notamment qu'après la

prothèse totale de la hanche, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au fil du temps. Il n'a cessé de souffrir de la hanche, mais présente aussi des douleurs au dos et aux genoux. Il dit avoir mal partout et des difficultés à dormir, en plus d'un état dépressif. Quant à la gorge, de nouvelles taches sont apparues, accompagnées d'une difficulté à la déglutition, de sorte qu'il a de la peine à se nourrir. Il a perdu une dizaine de kilos depuis la fin de l'année dernière. Une intervention est envisagée, consistant à sectionner un des muscles de la gorge pour laisser plus d'espace à la dilatation de l'œsophage. Pour les arrêts de travail, les médecins ont remis cette tâche au Dr A_____. De l'avis de celui-ci, l'incapacité de travail est désormais définitive dans quelque activité que ce soit. Quant aux activités dans la vie privée, l'assuré indique qu'il prépare les repas de son fils. Il écoute de la musique, essaie de sortir un peu, même si la marche est très pénible. Après moins de 500 m, il est épuisé.

7. Selon le rapport du 6 juillet 2010 du Dr B_____, l'assuré souffre d'une laryngite chronique engendrant une dysphonie et une dysphagie.
8. Dans son rapport du 8 juillet 2010, le Dr A_____, psychiatre, pose les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis environ 2007, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, utilisation nocive pour la santé depuis la jeunesse. Dans l'anamnèse détaillée, il explique notamment que l'assuré est actuellement au chômage technique suite à des difficultés de l'entreprise où il travaille comme polisseur. L'assuré a eu une vie agitée avec des problèmes de violence dans sa jeunesse, d'alcoolisme et de tabagisme chroniques. Il a fait un sevrage d'alcool en 2004. Actuellement, il en consomme de petites quantités occasionnellement, mais cette consommation peut augmenter pendant des périodes de stress intense. Depuis longtemps, il fume jusqu'à quatre paquets de cigarettes par jour, mais a actuellement réduit sa consommation à un ou deux paquets par jour. Néanmoins, il a réussi à maintenir une activité professionnelle et été un collaborateur apprécié. Fin 2008, une dysplasie de la corde vocale est découverte et a été opérée à plusieurs reprises. Des troubles de la thymie sont présents depuis plusieurs années, avec des troubles de l'érection et des désirs sexuels depuis 2006. Avec la découverte de sa dysplasie, il perd progressivement goût à la vie et se replie sur lui-même. Sur l'insistance de son médecin traitant et de son entourage, il consulte un psychiatre en mars 2009 pour un trouble anxieux et dépressif mixte sévère. Après plusieurs semaines de négociations, il accepte un traitement pharmacologique et est suivi régulièrement. Les symptômes ont cependant peu évolué depuis la prise en charge. La thymie est très triste avec des idées suicidaires récurrentes et des projets concrets. L'assuré est très anxieux et rumine des idées noires, se replie sur lui, se sent épuisé, à une rigidité mentale et n'envisage pas

d'avenir. De peur de contaminer son entourage de son pessimisme, il ne partage pas sa souffrance. Il se sent aussi irritable et agressif. De surcroît, il souffre de douleurs multiples systématisées, en relation avec ses multiples traumatismes, et non systématisés probablement en relation avec son trouble anxieux et dépressif sévère. Il est conscient des dangers de sa consommation d'alcool et de tabac pour sa santé, mais se sent trop faible pour lutter contre son autodestruction. Dans le pronostic, le Dr A_____ expose que le tableau clinique a débuté insidieusement il y a plusieurs années dans les suites du décès du père de sa compagne en 2006 et de son sevrage d'alcool. Il s'est aggravé avec l'apparition de sa maladie cancéreuse et les difficultés professionnelles liées aux problèmes économiques de son employeur. Face à une situation imprévue, il est très anxieux et panique rapidement. Une partie de ses douleurs est aggravée par la situation psychique et l'handicape dans le bon déroulement des tâches de la vie courante. Il a honte de sa situation et vit mal la désinsertion sociale. Actuellement, il y a peu de chances de croire à une récupération possible de sa capacité de travail. Celle-ci est ainsi nulle depuis le 13 novembre 2009, date qui correspond à la prise en charge par le Dr A_____.

9. Dans son rapport du 11 juillet 2010, la Dresse C_____, généraliste, pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de coxalgies, gonalgies chroniques sur ostéonécrose aseptique, de lombocruralgies bilatérales chroniques et de troubles de l'humeur anxio-dépressif. Les diagnostics d'asthme, de tabagisme chronique avec dysplasie de haut grade de la corde vocale droite, de maladie alcoolique avec hépatopathie stable et de status post-prothèse totale de la hanche sont sans effet sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse, cette praticienne mentionne que les lombocruralgies et cervicalgies invalidantes bilatérales avec syndrome inflammatoire d'étiologie inconnue ont entraîné une péjoration de l'état dépressif. Le traitement consiste en antalgiques majeurs, physiothérapie, myorelaxant, infiltrations et majoration du traitement psychique. Dans les symptômes actuels, il est noté une diminution modérée des douleurs sous traitement, la disparition du syndrome inflammatoire et une amélioration de la thymie. Dans les indications subjectives du patient, ce médecin mentionne des douleurs persistantes invalidantes et épuisantes, le patient, allant jusqu'à des idées suicidaires. Il y a peu d'espoir d'amélioration, mais l'assuré a jusqu'alors lutté pour poursuivre son activité professionnelle et maintenir l'abstinence avec une volonté remarquable. Le traitement consiste notamment en prises de morphine. La capacité de travail est nulle depuis novembre 2009 à ce jour.
10. Le 16 juillet 2010, l'assuré a un entretien à la Division de la réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI). Concernant la structure de la journée, il est mentionné que l'assuré se couche tôt, vers 18 heures, et se repose durant la journée. Il dort mal et se sent extrêmement

fatigué. Le matin, il s'occupe de son fils avant l'école et, à midi, il lui prépare à manger. Son état de santé s'est progressivement aggravé, les douleurs à la hanche, aux genoux, au dos et à la gorge étant difficiles à supporter, même si la morphine les diminue un peu. La prothèse de la hanche lui a toujours fait mal. Par ailleurs, il est trop tôt pour envisager une prothèse des genoux à cause de son âge. L'assuré ne peut pas tenir plus de 10 à 15 minutes en position statique, que ce soit assis, debout ou couché, même avec une chaise et un lit adaptés. Tout effort a des répercussions sur l'état physique avec l'impression d'avoir couru un marathon. Il indique par ailleurs avoir été opéré à deux reprises à la gorge et devoir subir une nouvelle intervention, laquelle est toutefois pour l'instant impossible à cause de l'acidité trop importante. Quant au traitement, il consulte un physiothérapeute deux fois par semaine et un psychiatre une semaine sur deux (au début, chaque semaine). L'assuré ne pense pas pouvoir reprendre même partiellement son activité habituelle ou une quelconque activité.

11. Le 16 novembre 2010, le Dr A_____ confirme son rapport précédent et indique que l'état est stationnaire.
12. Le 20 novembre 2010, la Doctoresse C_____ atteste que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé. Elle mentionne notamment une fracture de surcharge de la hanche gauche. Quant aux limitations, elle indique que l'assuré marche en charge partielle avec canne.
13. Dans son rapport du 18 janvier 2011, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, atteste qu'il suit le patient depuis 2006. Dans les symptômes, il mentionne notamment que les douleurs sont permanentes au genou droit et qu'une canne est nécessaire à la marche. Le pronostic est défavorable.
14. Du 16 au 17 mai 2011, l'assuré séjourne à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : CRR), en vue d'une évaluation multidisciplinaire. De l'expertise psychiatrique du Dr E_____, psychiatre, résulte qu'il n'y a aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et de trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique, sont sans effet sur la capacité de travail. De l'anamnèse, il résulte notamment que l'assuré souffrait, jusqu'à l'adolescence, d'un souffle au cœur. L'enfance et l'adolescence ainsi que la scolarité étaient sans grandes particularités. L'assuré a débuté une consommation de cannabis durant l'adolescence et au début de l'âge adulte mais n'en consomme plus depuis de nombreuses années. En raison du souffle au cœur, il est exempté du service militaire. Son mariage est dissout en 1995. Il n'a plus de lien avec son fils, né en 1988 de cette union, depuis l'âge de 15 ans de celui-ci. Il dit toutefois avoir toujours payé la pension alimentaire. Après la

prothèse totale de la hanche en 2001, le reclassement de l'AI aboutit à une activité de polisseur à 75 %. Il s'agit d'une activité assez exigeante au niveau du rachis de la ceinture scapulaire. Dans les années 2000, il y a une aggravation d'une dépendance de l'alcool préexistante, puis d'un sevrage vers 2005 et un suivi par le service d'alcoologie des HUG. L'assuré indique aussi avoir été impliqué dans plusieurs bagarres mais n'avoir pas fait l'objet de condamnation. Il invoque une humeur fluctuante depuis deux ans avec des améliorations épisodiques au gré de l'évolution des troubles de l'appareil ostéo-articulaire. Depuis plusieurs années, il prend des médicaments psychotropes. Le traitement antidépresseur a récemment été changé avec la prise de Venlafaxine 150 mg avec sédation vespérale par Trittico 50 mg et Dalmadorm 15 mg. Il prend également 2,5 mg de Zyprexa le matin. Sa compagne travaille comme comptable. L'assuré nous dit que sa sexualité est effondrée avec une dysfonction érectile depuis quatre ans, récemment investigué par un urologue qui n'a pas mis en évidence un trouble de la sphère urogénitale. L'assuré est propriétaire de trois « gros cubes », mais a temporairement renoncé à sa passion. La tenue de l'assuré est particulière, mais soignée (cheveux longs, vêtements noirs, tatouages). Il reste assis durant toute l'observation d'environ 60 minutes sans présenter un inconfort particulier. Il est vigilant, orienté dans tous les modes et collabore volontiers avec l'expert. Son visage est ouvert et franc. L'expert n'a pas noté des troubles de la mémoire, de la concentration et de la capacité de compréhension. L'humeur est triste modérément avec une anhédonie moyenne et une adynamie modérée. L'estime de soi est abaissée, la vision d'avenir pessimiste, mais il n'y a pas de mélancolie et pas d'idées suicidaires au moment de l'entretien. L'expert n'a non plus constaté d'anxiété. L'assuré lui a paru authentique. Dans son appréciation, l'expert note que l'amplitude du trouble dépressif n'entraîne pas de diminution de travail et que l'assuré incrimine beaucoup plus la fatigue que son état émotionnel. Il se demande si l'ensemble des troubles pourraient entraîner, par leur addition, une réduction de la capacité de travail. Le Dr E_____ estime qu'il faut suggérer des actions de reclassement professionnel plutôt qu'une orientation du type rente.

Selon l'expert neurologue, le Dr F_____, l'examen électroclinique actuel ne relève aucun signe pour une atteinte radiculaire, périphérique plexulaire ou médullaire pouvant expliquer les douleurs du patient. Il n'y a donc pas de diagnostic neurologique spécifique. Les douleurs du genou sont entièrement d'origine orthopédique. Au niveau du membre supérieur gauche, l'examen révèle une neuropathie sensitivomotrice tronculaire modérée du nerf ulnaire. Vu la consommation d'alcool chronique, on peut suggérer une certaine fragilité des nerfs ayant favorisé ce syndrome canalaire. Au niveau thérapeutique, l'expert neurologue propose d'arrêter les mouvements répétitifs de flexion/extension du coude et de prescrire une coudière. En l'absence d'amélioration ou en cas de

péjoration d'ici deux mois, une cure chirurgicale est indiquée. Il y a aussi un léger ralentissement sans perte d'amplitude du nerf cubital au coude droit.

Dans l'expertise rhumatologique, le Dr G _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, pose les diagnostics de status après arthroplastie totale de la hanche droite en 2001 pour ostéonécrose de la tête fémorale et de lombalgies chroniques aspécifiques. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : status après ostéonécrose bicondylienne du genou droit et maladie de Dupuytren du 4^{ème} rayon gauche. Selon ce médecin, le diagnostic d'une ostéonécrose du genou droit est une atteinte relativement banale, comme on le voit souvent chez les sujets alcooliques, la zone nécrotique n'atteignant pas la région sous-chondrale et ne se compliquant d'aucun affaissement ni d'aucune arthrose secondaire. Quant aux rachialgies, principalement lombaires en barre, l'indice algo-fonctionnel est extrêmement élevé, puisque le test Oswestry est de 68 % ce qui traduit un handicap majeur dans toutes les activités de la vie quotidienne. Selon l'assuré, il ne prépare plus que les repas de son fils et a dû renoncer à la conduite d'un véhicule automobile. Selon l'expert rhumatologue, ce handicap et le score de la douleur paraissent démesurés en regard des constatations objectives. L'examen physique actuel est grevé d'incohérences. Par ailleurs, les signes de Kummel et de Waddell pour les lombalgies sont positifs. De l'avis de cet expert, « Objectivement, si l'on fait abstraction de l'expression douloureuse systématique, on ne trouve pas de limitations fonctionnelles significatives du rachis, des hanches et des genoux". Ainsi, l'expert ne constate aucune modification de la capacité de travail depuis le reclassement en tant que polisseur.

L'évaluation aux ateliers professionnels retient que l'assuré a pu exercer un travail sans contrainte majeure pour les membres inférieurs, privilégiant les tâches bi-manuelles, sédentaires, sans port de charges lourdes. Toutefois, le fait que l'assuré ne se projette plus dans le monde professionnel constitue un obstacle à l'appréciation personnelle et limite une reprise d'activité professionnelle quelle qu'elle soit.

Dans la synthèse en consilium, les experts constatent que l'assuré conserve une capacité de travail dans son précédent métier. Le caractère absolu et définitif de l'incapacité alléguée est difficile à comprendre sur la base des éléments cliniques actuels. Au plan somatique, les aspects algiques dominant, mais ne peuvent pas être expliqués par des limitations objectives. La neuropathie cubitale mentionnée par le neurologue provoque des limitations subjectivement et objectivement mineures. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas non plus de diagnostic psychiatrique incapacitant actuellement. Enfin, les experts ne mettent pas en cause l'incapacité attestée jusqu'à la date de l'expertise, mais estiment que l'assuré

présente une capacité de travail de 80 % au moins dans l'activité de polisseur, toutes pathologies confondues, ou dans toute autre activité comparable.

15. Le 5 avril 2011, l'OAI communique à l'assuré un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, en se fondant sur l'expertise de la CRR.
16. Le 4 septembre 2011, la Dresse C_____ se détermine sur cette expertise et exprime son incompréhension. Elle souligne que l'incapacité de travail totale fait suite à une période de plusieurs années durant lesquelles elle a vu l'assuré puiser dans ses réserves pour faire face à ses obligations professionnelles. Malgré ses efforts et ceux de ses médecins, une fatigue de plus en plus intense, un manque d'intérêt évident et inhabituel, des douleurs de plus en plus envahissantes, l'amenant à délaisser même son hobby le plus motivant, la moto, ont progressé jusqu'à un épuisement rendant impossible le maintien ou la reprise de l'activité professionnelle. Cet épuisement psychique est aussi relevé par les proches et a été majoré par la lutte quotidienne contre les douleurs chroniques et l'inquiétude face à des problèmes de santé physique (ORL entre autres). La Dresse C_____ a fait également état d'une incapacité de son patient à exprimer verbalement ses émotions et sa souffrance psychique, qui l'a amené à minimiser pendant un certain temps l'importance du handicap, ce qui a probablement également desservi l'assuré lors de la récente expertise.
17. Le 6 septembre 2011, le Dr A_____ conteste le projet de décision de l'OAI et se détermine sur l'expertise de la CRR. Il relève que la situation médicale générale de l'assuré est lourde et complexe, affectant autant le domaine somatique que psychique. L'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent. Il y a certes une fluctuation de l'humeur, mais les épisodes où la thymie est légèrement améliorée sont rares et de courte durée. Régulièrement, il exprime des idées suicidaires et un projet précis de se tuer en moto. Comme il ne peut plus faire de la moto et a peur de se rater, il vient de s'inscrire à l'association EXIT en juin 2011. Du point de vue cognitif, il est ralenti psychologiquement, n'a pas d'initiatives et un raisonnement limité. Il ne voit pas de solutions et a peur de l'avenir. Ses douleurs et sa situation sociale l'obsèdent. Fatigué, seul, replié sur lui-même et irritable, sa seule stratégie pour échapper à ses souffrances est la fuite dans le sommeil et les médicaments. Malgré le changement du traitement antidépresseur, une hospitalisation à la Clinique de Montana n'a pas pu être évitée, pour tenter de soulager ses douleurs et améliorer sa thymie, ainsi que pour l'éloigner du milieu familial. Celui-ci est épuisé, sa compagne et son fils bénéficiant d'un soutien psychiatrique. Le Dr A_____ estime également qu'il y a des traits marqués d'un trouble de la personnalité dyssociale (passé bagarreur et alcoolique, faible capacité d'introspection et d'empathie, difficultés à se conformer aux règles sociales, faible tolérance à la frustration et abaissement du seuil de décharge de l'agressivité). Il

est fort probable que le cannabis dans la jeunesse et l'alcool encore maintenant, ainsi que la consommation abusive de médicaments psychotropes, lui permettent de se maintenir dans un fonctionnement social correct. L'assuré a ainsi un équilibre psychique précaire. Par ailleurs, le 30 août 2011, il a fait un abus médicamenteux dans le but de se calmer. Un suivi au Centre de thérapie brève (CTB) a été négocié pour l'aider dans la gestion de ses pulsions agressives. Il est à craindre que la décompensation actuelle, son trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) et ses traits de personnalité dyssociale soient durables, compte tenu notamment de l'épuisement de son réseau de soutien familial. La capacité de travail est ainsi inexistante.

18. Dans son avis médical du 15 novembre 2011, le Dr H_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR) estime que les rapports médicaux des Drs C_____ et A_____ n'apportent pas d'informations médicales nouvelles permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé. L'expert psychiatre a pris en compte tous les éléments présentés dans les rapports de ces derniers et seules leurs conclusions divergent. Il s'agit ainsi d'une interprétation différente d'un même état de fait, que l'on peut probablement mettre sur le compte de l'empathie des soignants.
19. Par décision du 29 novembre 2011, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) déclare l'assuré inapte au placement dès le 1^{er} novembre 2011.
20. Par décision du 15 février 2012, l'OAI confirme son projet de décision.
21. Par acte du 20 mars 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète. Subsidiairement, il conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il allègue qu'il souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité sévère, qui le rend totalement incapable de travailler, ainsi que de troubles somatiques multiples, selon ses médecins traitant. A l'appui de ses dires, il produit notamment des certificats médicaux du Dr A_____ et du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG.
22. Dans son certificat du 7 mars 2012, le Dr A_____ relève notamment :

« [l'assuré] présente toujours une humeur triste, des projets suicidaires, des douleurs chroniques, un repli social, une clinophobie, une apathie, une rigidité mentale, des idées hétéro-agressives, une irritabilité et une agressivité verbale. Il ne se sent pas reconnu. Il est désespéré, se sent épuisé et rumine la colère et la haine.

Cet état est permanent et se répercute sur l'ambiance familiale. La relation conjugale s'est nettement dégradée, il règne maintenant un climat d'hostilité entre les conjoints. Pour éviter les conflits, le couple s'évite le plus possible. La relation s'est tellement dégradée que mêmes les problèmes psychologiques de leur fils ne leur permettent plus de se retrouver.

Toutes les tentatives thérapeutiques, changement de traitements antalgique, anxiolytique et antidépresseur (Venlafaxine en avril 2011), de thérapeute, avec le suivi au CTB (septembre 2011), et instauration d'un suivi familial (février 2012) conjointement au suivi individuel, n'ont pas eu l'impact espéré pour changer la situation clinique et la souffrance de [l'assuré]. »

Le Dr A_____ confirme ainsi une incapacité de gain totale.

23. Le certificat du 16 mars 2012 des Drs I_____ et J_____ de la Consultation des Pâquis du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, fait suite au suivi de l'assuré au CTB. Ces médecins partagent les avis exprimés par les Drs C_____ et A_____ dans leurs rapports médicaux. L'assuré présente un trouble dépressif sévère depuis plus de deux ans, les fluctuations de l'humeur étant à présent rares. L'état clinique est marqué par une importante clinophilie, une perte totale d'élan vital, une aboulie, une anhédonie et un sentiment de désespoir par rapport à sa situation physique, psychique et sociale. Il est incapable de se projeter dans l'avenir et présente des idées suicidaires quotidiennes avec un projet de se jeter sous un tram. Le seul élément protecteur actuel est la présence de son fils cadet au domicile. Il se réfugie dans le sommeil, peut rester alité pendant 48 heures consécutivement. Les modifications de son traitement antidépresseur n'ont pas amené la moindre amélioration à l'heure actuelle. A cela s'ajoute un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration, malgré l'arrêt des traitements neuroleptiques. Ces médecins soulignent également que l'assuré tente de donner l'image d'un homme « fort », capable de supporter cette situation. Ce genre d'attitude pourrait amener un médecin expert, de par une période d'observation clinique limitée dans le temps, à minimiser l'état dépressif sévère dont il souffre. Le réseau familial n'arrive presque plus à le soutenir et le couple a débuté une thérapie de famille. Le fils est suivi par un psychothérapeute pour des problèmes d'une probable hyperactivité. Selon ces médecins, il n'y a pas de traits de personnalité antisociale. En conclusion, l'assuré est dans l'incapacité totale de travailler et une amélioration n'est pas envisageable dans les mois qui suivent.
24. Le 17 avril 2012, le conseil du recourant informe la Cour de céans que son mandant est tombé dans le coma suite à une prise excessive de médicaments et qu'il est hospitalisé aux HUG.

-
25. Le 17 avril 2012, la Dresse K_____ du SMR, se détermine sur le recours. Elle constate que l'état de santé du recourant s'est aggravé après l'expertise, possiblement en réaction à la décision de refus de prestations. Le dossier est toutefois incomplet pour évaluer si les répercussions de cette aggravation sont durables.
 26. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut, par écritures du 18 avril 2012, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
 27. Par écritures du 21 mai 2012, le recourant prend acte des conclusions en annulation de l'intimé et persiste dans ses conclusions, sur suite de dépens.
 28. Il joint par ailleurs un certificat médical du 27 avril 2012 du Dr L_____ de l'Unité de psychiatrie hospitalière adultes des HUG, confirmant l'hospitalisation de l'assuré suite à une tentative de suicide en date du 2 avril 2012, dans le contexte d'un état dépressif majeur. Au réveil, après 48 heures de coma, l'assuré est admis dans cette unité en raison de la persistance d'idées suicidaires.
 29. A la demande de la Cour de céans, le recourant l'informe, le 12 juin 2012, qu'il s'oppose au renvoi du dossier à l'intimé.
 30. Le 20 août 2012, la Cour de céans informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr M_____, psychiatre à Neuchâtel. Elle leur communique également la liste des questions à poser à l'expert.
 31. Sur la base de l'avis du SMR, l'intimé communique le 29 août 2012 à la Chambre de céans qu'il n'a pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert pressenti ni de question complémentaire à poser.
 32. Le 11 septembre 2012, le recourant se joint à l'avis de l'intimé et communique le rapport du 5 juillet 2012 des Dresses N_____ et O_____ de la Clinique Genevoise de Montana. Selon ce rapport, il souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Il présente les comorbidités suivantes : obstruction bronchite modérée, asthme sans signe d'activité, dysplasie laryngée, alcoolisme chronique, impuissance, rachialgies diffuses, status post-prothèse totale de la hanche gauche en 2011, post-résection dysplasique des cordes vocales en 2010, post-pose d'un filet pour une hernie inguinale en 2001, post-prothèse totale de la hanche droite en 2001 et post-nécrose aseptique des genoux. A l'arrivée, il présentait un état dépressif sévère avec aboulie marquée et une anhédonie importante, ainsi qu'une diminution de l'appétit avec des perturbations du sommeil. Il a pu parler avec un psychologue de son sentiment d'impuissance face à ses douleurs chroniques, la perte de son travail et

le manque de motivation et d'envie. Grace au travail entrepris, le patient peut parler de refaire la cuisine, partir en vacances ou faire un jeu de société avec son fils. Les problèmes de libido et d'érection engendrent une grande frustration dans la vie du couple. Tous les traitements sont restés jusqu'alors inefficaces pour traiter les problèmes d'impuissance et des investigations supplémentaires seraient nécessaires. Les angoisses du patient augmentent à l'approche du départ. Concernant les douleurs, notamment sur fracture métatarsienne en permanence cotées à 6-7/10 sur l'EVA, le traitement Temgesic a été augmenté et a permis une diminution des douleurs entre 3-5/10 sur l'EVA en fin de séjour. Le patient a également bénéficié de physiothérapie et du fango. Grace aux patches de Nicotinell, il a pu diminuer de moitié sa consommation tabagique et compte poursuivre celle-ci au retour. Enfin, au cours du séjour, une fracture de fatigue, probablement dans un contexte d'ostéoporose, du 3^{ème} orteil du pied gauche a été constatée.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'occurrence, la décision querellée est fondée sur l'expertise de la CRR. Cependant, au vu notamment de l'évolution de la santé psychique du recourant et des avis des médecins traitants diamétralement opposés à celui de l'expert psychiatre de la CRR, le Dr E_____, cette expertise n'emporte pas la conviction de la Cour de céans. A cet égard, il ne semble pas s'agir d'une

aggravation de l'état psychique postérieure à la décision querellée, dans la mesure où le trouble dépressif diagnostiqué par les médecins traitants est récurrent. Il se pourrait ainsi que l'expert-psychiatre de la CRR ait examiné le recourant à un moment de rémission partielle.

Par ailleurs, dans la mesure où le Dr G_____ de la CRR semble estimer que le handicap et le score de la douleur allégué par le recourant sont démesurés en regard des constatations objectives, il aurait appartenu aux experts de se poser la question d'un trouble somatoforme douloureux, au vu du score du test Oswestry très élevé et de la médication antalgique très lourde, comprenant également de la morphine. En effet, dans ces circonstances, l'importance de la douleur, de surcroît en moins partiellement liée à un substrat-organique, ne saurait être niée.

Cela étant, la Cour de céans estime nécessaire de faire évaluer l'état psychique du recourant par un expert judiciaire.

3. Cette mission sera confiée au Dr M_____, psychiatre.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr M_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur P_____.
 - 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 ? En admettant que la totalité des douleurs ne sont pas objectivables, peut-on retenir un trouble somatoforme douloureux ?
 2. L'état de santé de l'expertisé s'est-il aggravé depuis l'expertise de la CRR en mai 2011 ?
 3. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis l'expertise de la CRR en mai 2011 ?
 4. L'éventuelle incapacité de travail constatée est-elle durable ?
 5. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise pluridisciplinaire de la CRR ?
 6. L'éventuel trouble dépressif constaté est-il réactionnel à un trouble somatoforme douloureux persistant, ou convient-il de considérer qu'il s'agit d'une atteinte indépendante ? Cette atteinte doit-elle être qualifiée d'importante par sa gravité, son acuité et sa durée ?
 7. Y a-t-il 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) ?

8. Constatez-vous une exagération des symptômes somatiques ou une discordance entre les douleurs décrites et le comportement ? En d'autres termes, êtes-vous convaincu par l'intensité des douleurs alléguées ?
9. Quel est votre pronostic ?

D. Invite le Dr M_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le