

GE_GERICHTE ATAS/94/2014 vom 22. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_94_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/94/2014 du 22 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/94/2014 del 22 gennaio 2014

Erwägungen

E. 6

Par rapport du 15 mars 2010, le Dr M_____ a signalé un épisode dépressif sévère. L'évolution avait été défavorable les six derniers mois sur le plan tant physique que psychique. Le traitement médicamenteux pour les problèmes rhumatismaux avait été mal toléré et causé d'importants effets secondaires. Le patient n'arrivait pas à marcher normalement, se rendait en taxi aux consultations. Le pronostic était sombre. L'assuré refusait un traitement médicamenteux pour son affection psychique et suivait une psychothérapie.

E. 7

Dans son rapport d'avril 2010, le Dr N_____, rhumatologue aux HUG, a retenu le diagnostic de rhumatisme inflammatoire engendrant des douleurs chroniques fluctuantes, des lombalgies, des douleurs aux hanches et aux genoux. L'état de santé était stable. La reprise d'une activité professionnelle dans un domaine moins physique était possible. Le patient ne semblait cependant pas très motivé pour travailler. Le Dr N_____ avait déjà relevé dans son rapport du 18 décembre 2009 que le patient ne s'était pas présenté à plusieurs rendez-vous, ne prenait aucun médicament et ne faisait aucune physiothérapie. Au vu de la résistance développée par l'assuré à plusieurs traitements, le Dr N_____ avait proposé, en juillet 2009, une discussion avec le Dr O_____ en vue d'un nouveau traitement pour le rhumatisme psoriasique.

A/3920/2011 - 3/13 -

E. 8

Courant 2010, l'assuré a changé à plusieurs reprises de médecin, sans qu'un véritable suivi soit mis en place.

E. 9

Dans une attestation de novembre 2010, le Dr M_____, a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé. L'épisode dépressif était sévère. Le pronostic n'était pas bon.

E. 10

L'intéressé a été hospitalisé du 10 au 14 janvier 2011, afin de réévaluer sa maladie. Ont alors été mises en évidence une activité importante de la maladie rhumatismale, la présence de cinq articulations douloureuses, une dactylite du 4e doigt, ainsi qu'une ténosynovite du tibial postérieur gauche. Une activité alternant les positions assise et debout avec possibilité d'un troisième appui semblait envisageable à temps partiel. Le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle établi à l'occasion de l'hospitalisation relève l'attitude flegmatique de l'assuré et son manque d'implication. Selon l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG, le patient ne souhaitait pas entreprendre de thérapie aux ateliers en raison de ses

douleurs persistantes. Il s'agissait d'un patient révolté et pas du tout intéressé à suivre une prise en charge en atelier.

E. 11

Le 26 juillet 2011, les Drs P_____ et Q_____, tous deux psychiatres auprès du SMR, ont examiné l'assuré. Au terme de l'anamnèse, de l'auscultation et d'un entretien avec l'assuré et de l'analyse des examens médicaux effectués par les médecins traitants, les médecins du SMR ont retenu le diagnostic de rhumatisme psoriasique avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur celle-ci, des rachialgies dans un contexte d'un discret trouble statique et de quelques signes d'une ancienne maladie de Scheuermann, un excès pondéral, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et des phobies spécifiques isolées. L'incapacité de travail dans une activité adaptée était de 30%. Les limitations fonctionnelles impliquaient que l'assuré ne pouvait pas travailler en élévation de son bras droit ou en s'appuyant sur les deux poignets; son périmètre de marche était limité à 15 minutes, l'utilisation d'une canne l'aidait, mais n'était pas indispensable. Il devait éviter une position statique debout, accroupie et agenouillée. Dans un travail en position assise, l'assuré devait pouvoir se lever au moins une fois par heure. Une activité de gérant paraissait adaptée.

E. 12

Par décision du 21 octobre 2011, annulant et remplaçant la décision du 18 janvier 2010, l'intimé, se fondant sur l'évaluation faite par le SMR, a retenu qu'en travaillant à 70% dans une activité simple et répétitive, l'assuré aurait été en mesure de réaliser, en 2009, un salaire de 38'582 fr. (après abattement de 10%), alors que son revenu en tant qu'indépendant aurait été, sans invalidité, de 31'304 fr. Le degré d'invalidité étant nul, l'intéressé ne pouvait prétendre à des mesures professionnelles ni à une rente.

E. 13

Par acte expédié le 18 novembre 2011, l'assuré a recouru contre cette décision, datée du 21 octobre 2011 et reçue le lendemain, dont il demandait l'annulation. Principalement, il a conclu à ce qu'une expertise bi-disciplinaire soit rendue et

A/3920/2011 - 4/13 - qu'une rente entière lui soit allouée. Subsidièrement, il a sollicité que le calcul du degré d'invalidité se fonde, pour le revenu sans invalidité, sur un revenu moyen des chauffeurs de taxi et qu'un rabatement supplémentaire de 25% soit admis et, enfin, que des mesures d'orientation et de reclassement professionnel soient ordonnées. Il a souligné que ses mains et ses poignets étaient affectés par la maladie rhumatismale et ses doigts présentaient des oedèmes. Le SMR reconnaissait d'ailleurs que l'appui sur les deux poignets était prohibé. Les positions prolongées assise et debout étaient également exclues. Ces limitations rendaient difficilement imaginable une quelconque activité professionnelle. L'activité de "gérant" mentionnée par le SMR n'était pas précise et l'on ignorait ce qu'elle visait comme activité. Certes, le manque d'implication du recourant avait été relevé. Si les médecins le mentionnant avaient eu connaissance du diagnostic de dépression, ils auraient probablement qualifié différemment l'attitude de l'assuré. Par ailleurs, le revenu de référence aurait dû tenir compte des revenus que le recourant aurait pu réaliser comme chauffeur de taxi en 2006 et 2007 s'il n'avait pas été affecté du rhumatisme psoriasique présent depuis 2001. Enfin, le recourant estimait que le Dr Q_____ s'était attribué la qualité de psychiatre FMH, sans être habilité à porter ce titre. Son anamnèse était incomplète, en particulier du fait qu'il ne tenait pas compte de la tentative de suicide de

l'assuré à l'adolescence ni de l'aggravation de l'état psychique décrite par le psychiatre-traitant. La Dresse R_____, cheffe de clinique au service de rhumatologie aux HUG, constatait dans son rapport du 14 novembre 2011, annexé au recours, un rhumatisme actuellement actif pour lequel un nouveau traitement biologique était préconisé. Elle relevait également être frappée par l'état dépressif marqué. Le port de charges, les positions assises prolongées et les mouvements répétés des doigts étaient exclus. La Dresse P_____, qui n'était pas rhumatologue, ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles constatées lors de l'examen ergothérapeutique. Elle se contentait de l'analyse des radiographies, alors que celles-ci ne permettaient pas à elles seules d'évaluer l'évolution de la maladie. Le médecin du SMR ne mentionnait pas non plus le fait que le recourant n'avait pas répondu aux traitements entrepris et que sa maladie touchait également ses doigts. En outre, cette affection se manifestait par crises. Or, le rapport du SMR ne se penchait pas sur l'évolution de celles-ci. Il n'abordait pas non plus le problème de l'épaule droite, pourtant objectivé.

E. 14

Par réponse du 15 décembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soulignait l'absence d'implication du recourant relevée par le service de neuroéducation des HUG et l'atelier de réadaptation; ce manque de motivation n'était pas objectivé sur le plan médical. Par ailleurs, le recourant n'avait pas demandé d'aide au placement, mesure lui ayant pourtant été accordée. Au vu du manque de motivation du recourant, la condition subjective à l'octroi de mesures

A/3920/2011 - 5/13 - d'ordre professionnel faisait défaut. Par ailleurs, il n'était pas établi que l'état de santé du recourant ait eu des conséquences sur sa capacité de travail avant 2008. Partant, l'intimé pouvait se fonder sur les revenus réalisés par celui-ci en 2006 et 2007. De toute manière, même en tenant compte d'un revenu statistique pour le transport de personnes, le degré d'invalidité n'ouvrirait pas le droit à des prestations. L'abattement de 10% tenait suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce. Le Dr Q_____ disposait d'un titre reconnu en Suisse par la Commission des professions médicales du Département fédéral de l'intérieur comme "médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie". Certes, il avait signé son rapport avec la mention "psychiatre FMH", alors qu'il n'était pas membre de la Fédération des médecins suisses. L'inscription auprès de la FMH ne déterminait cependant pas les qualifications médicales de ce médecin, que seule la Commission précitée pouvait reconnaître. Le Dr Q_____ était donc habilité à exprimer un avis de médecin psychiatre sur l'état de santé mental du recourant. Il avait dûment tenu compte de la tentative de suicide de ce dernier. Par ailleurs, il s'était prononcé sur les troubles du sommeil et la prise de poids, qui ne pouvaient, selon ce médecin, objectivement être mis en relation avec l'affection psychique. La Dresse P_____, psychiatre, n'était certes pas rhumatologue, mais sa spécialisation lui permettait de porter un regard médical sur l'évaluation et la rééducation fonctionnelle ainsi que le diagnostic et le traitement des pathologies de l'appareil moteur. Enfin, le rapport de la Dresse R_____, qui n'était pas psychiatre, n'apportait aucun élément nouveau, tant sur le plan diagnostique que des limitations fonctionnelles.

E. 15

Dans sa réplique, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il soulignait que le fait que le Dr Q_____ se soit affublé du titre "FMH" sans être membre de la fédération des

médecins dénotait que celui-ci avait souhaité donner à sa contribution un poids qu'il n'aurait pas autrement et laissait supposer qu'il pourrait être susceptible "d'arranger la réalité si nécessaire". Le recourant exposait également que si ses troubles du sommeil, sa prise de poids et sa tentative de suicide à l'adolescence étaient évoqués par le SMR, ces éléments n'étaient pas discutés.

E. 16

Par courrier du 30 janvier 2012, l'assuré a indiqué être suivi par le Dr S _____ depuis novembre 2011. Ce médecin avait établi un rapport indiquant que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas de travailler, même dans une activité adaptée. L'atteinte articulaire inflammatoire au niveau des pieds et des épaules rendait difficile de se déplacer et de bouger les membres supérieurs.

E. 17

L'intimé a pris connaissance de ce rapport et conclu à une aggravation de l'état de santé depuis juillet 2011. Il a ainsi conclu au renvoi du dossier en vue d'une instruction complémentaire.

E. 18

Le recourant a contesté que son état de santé se soit aggravé; il a estimé que l'appréciation du SMR n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. Dans la mesure où l'instruction faite par l'intimé ne débouchait pas, sur des points

A/3920/2011 - 6/13 - importants, sur des résultats suffisamment clairs, il appartenait au juge de procéder à une expertise. L'assuré s'opposait ainsi au renvoi du dossier à l'administration. L'expertise devait, à son sens, également porter sur les aspects psychiques de son état de santé.

E. 19

Par ordonnance du 4 mai 2012, la Cour a mis en œuvre les Drs T _____, rhumatologue, et U _____, psychiatre, à titre d'experts, lesquels ont rendu leur rapport le 12 septembre 2012.

E. 20

Par arrêt du 3 décembre 2012, la chambre de céans, se fondant sur les résultats de l'expertise, a admis le recours, annulé la décision du 21 octobre 2011, dit que le recourant avait droit à une rente entière et renvoyé la cause à l'OAI.

E. 21

L'OAI a interjeté recours devant le Tribunal fédéral le 22 janvier 2013.

E. 22

Par arrêt du 1er juillet 2013, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'OAI, annulé l'arrêt de la chambre de céans, renvoyé la cause à la chambre des assurances sociales pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouveau jugement. La chambre de céans avait rendu une décision arbitraire en se ralliant « à la conclusion des docteurs U _____ et T _____ selon laquelle M. A _____ avait présenté à partir de juillet 2008 une incapacité de travail totale en raison de nombreuses limitations fonctionnelles (engendrées par des atteintes touchant de multiples articulations, surtout les pieds et les mains, ainsi que par des rachialgies) et d'un état dépressif sévère. Les

importantes restrictions retenues par ces médecins en lien avec l'état de santé physique de l'intimé découlent effectivement d'observations cliniques faites à un moment où selon eux la maladie rhumatologique de l'intéressé était dans une phase particulièrement active et il ne ressort pas de leur rapport que de telles limitations auraient existé depuis 2008. Les docteurs U_____ et T_____ ont au contraire relevé que ladite atteinte avait été fluctuante depuis cette année et peu active en 2009. Ils ont en outre précisé qu'une IRM lombaire et du bassin effectuée en janvier 2010 avait été décrite comme sans particularités, que le bilan biologique était alors normal, sans syndrome inflammatoire, et qu'une échographie des mains réalisée à cette époque avait montré uniquement quelques discrètes synovites. Du point de vue psychiatrique, les constatations cliniques des experts, particulièrement succinctes, sont peu affirmatives et étayées pour l'essentiel par les plaintes subjectives de l'intimé ; de plus la discussion du cas consiste presque exclusivement en un résumé - parfois brièvement commenté - d'avis exprimés par d'autres médecins, les docteurs U_____ et T_____ ne se référant à leurs propres constatations que pour retenir - sans la motiver - une aggravation depuis le moment où le SMR a examiné l'intimé et souligner l'importance des limitations fonctionnelles somatiques de l'intéressé. La cause sera renvoyée à l'instance cantonale « pour qu'elle procède à une nouvelle expertise puis rende un nouveau jugement ».

A/3920/2011 - 7/13 -

E. 23

Par courrier du 19 septembre 2013, la Cour a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique/psychiatrique, confiée aux Drs V_____, psychiatre-psychologue à Colombier (canton de Neuchâtel) et S_____, rhumatologue à Genève et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de leur poser.

E. 24

Le nouveau conseil du recourant a attiré l'attention de la chambre de céans sur le fait que le Dr S_____ était déjà intervenu dans ce dossier et ne pouvait être nommé expert.

E. 25

Par courrier du 15 octobre 2013, la cour a proposé le Dr W_____, rhumatologue à Genève en lieu et place du Dr S_____. Un délai au 31 octobre 2013 était imparti aux parties pour se déterminer.

E. 26

L'OAI a confirmé, par courrier du 31 octobre 2013, ne pas avoir de motifs de récusation à l'encontre des deux experts et n'avoir aucune question complémentaire à leur soumettre.

E. 27

Par courrier du même jour, le recourant a proposé deux experts différents (Dr D_____, rhumatologue et Dr E_____, psychiatre) et s'est opposé à la désignation d'un expert hors du canton de Genève aux motifs que le concilium impliquait un travail commun des experts ce que la domiciliation dans des cantons différents rendait difficile. Les experts proposés avaient l'habitude de travailler ensemble ce qui garantirait un véritable concilium. Le canton de Genève disposait de suffisamment de spécialistes pour éviter l'inconvénient d'un déplacement hors canton.

E. 28

Interpellé, l'OAI s'est opposée aux experts proposés par le recourant, par courrier du 12 novembre 2013. Il a sollicité un arrêt incident sur le choix des experts.

E. 29

Par courrier du 29 novembre 2013, un nouveau délai a été fixé au recourant pour formuler d'ici au 10 décembre 2014 ses observations sur le contenu de la mission d'expertise.

E. 30

Le recourant n'a pas donné suite à ce courrier. EN DROIT

1. Conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral, il convient d'ordonner une expertise, qui, au vu des atteintes tant somatiques que psychiques à la santé du recourant, nécessite l'avis d'un expert en rhumatologie et celui d'un psychiatre, ce que les parties ne contestent pas. 2. Le recourant s'oppose à la désignation des experts proposés par la Cour alors que l'AI ne formule pas d'objection à nommer les Drs V _____, psychiatre et W _____, rhumatologue en qualité d'experts.

A/3920/2011 - 8/13 - 3. Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 4. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370). Dans un arrêt de principe 9C_243/2010 du 28 juin 2011, publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment

le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Social versicherungsrecht, in : ZSR 1994 I,

A/3920/2011 - 9/13 - p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA). correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256). 5. En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1er LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108). Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme tel un motif de défiance quant à son impartialité. Bien au contraire, ce grief

A/3920/2011 - 10/13 - devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATFA non publié du 14 mars 2006, I 14/04, consid. 2.2). 6. En l'espèce, dans un esprit de mise en œuvre consensuelle de l'expertise, conforme aux exigences jurisprudentielles, la Cour a soumis à l'intimé les noms des experts proposés par le recourant. L'intimé les a refusés et a préféré s'en tenir aux experts déjà proposés par la Cour et agréé par lui, réservant les éventuels motifs de récusation à faire valoir contre les praticiens proposés par le recourant si la Cour devait les choisir. 7. La Cour constate que le choix des experts ne peut pas se faire de manière consensuelle. 8. Le recourant s'oppose à la désignation des deux experts choisis par la Cour. Il ne formule pas formellement de demande de récusation. Il ne remet pas en cause l'impartialité des experts mais émet des critiques consistant principalement dans l'éloignement du Dr V _____ lequel pratique à Colombier, sur le canton de Neuchâtel. L'assuré met en évidence les difficultés de transport, les complications pour un concilium de qualité, et le nombre et la qualité des praticiens genevois qui n'empêcheraient pas de trouver un expert psychiatre sur le canton. Sans minimiser les griefs de l'assuré et notamment les complications de déplacement ou le temps nécessaire pour se rendre à Colombier, il est exigible, au sens de la loi et de la jurisprudence, de lui demander de se rendre chez un expert domicilié sur le Canton de Neuchâtel, ce d'autant plus que la symptomatologie du recourant est sans lien avec l'appareil locomoteur. Par ailleurs, s'il est vrai que la domiciliation des praticiens sur deux cantons différents rend plus compliquée une éventuelle rencontre entre eux, rien ne démontre que cela altérerait la qualité de leurs échanges qui peuvent se faire par divers autres biais, si la rencontre n'était pas possible. Les praticiens connaissent ou doivent connaître les exigences élevées de la jurisprudence rappelées plus haut quant à la qualité de l'expertise. L'assuré ne précise d'ailleurs pas en quoi cette domiciliation différente entraverait précisément l'expertise puisqu'il se limite à indiquer que l'expertise bi-disciplinaire « implique un travail commun des experts, notamment un concilium ». Le recourant n'établit pas que les griefs qu'il allègue sont de nature à entraver le bon déroulement de l'expertise. La qualité des praticiens genevois n'est pas remise en cause. Ceux-ci sont toutefois majoritairement surchargés et la plupart renoncent à des missions d'expertise ou en limitent, à bon escient, le nombre afin de veiller à leur qualité. 9. Même à considérer que le recourant formule une demande de récusation, celle-ci ne comprendrait que des motifs de récusation matériels qui ne doivent être examinés qu'avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Les motifs invoqués ne mettent pas en cause la crédibilité ou l'impartialité des Drs V _____ et W _____.

A/3920/2011 - 11/13 - 10. Rien ne s'oppose ainsi à ce que la Cour confie le mandat aux Dr W _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr V _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 11. L'intimé s'est dit d'accord avec le contenu de la mission d'expertise. Le recourant n'a pas formulé de remarques. La mission sera conforme à ce que la Cour avait indiqué par courrier du 19 septembre 2013.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise bi-disciplinaire rhumatologique/psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A _____, après s'être entouré/entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin, notamment des médecins-traitants, les Drs S _____ et M _____ ; 2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes : D'un point de vue

rhumatologique 1. Quel est le diagnostic? 2. La maladie, dont souffre l'expertisé, affecte-t-elle ses organes internes? Si oui, depuis quand et dans quelle mesure ? 3. L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Quelle est sa compliance? 4. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par l'affection somatique ? 6. Quelle est la capacité de travail de l'assuré (en pour-cent) dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles ? 7. Depuis quand la maladie influence-t-elle sur la capacité de travail? Y a-t-il des fluctuations dans cette dernière? 8. Partagez-vous les avis, relatifs aux affections somatiques de l'expertisé, des Drs P_____ et Q_____ exprimés dans leur rapport du 26 juillet 2011, ainsi que celui du Dr S_____, exprimé le 23 janvier 2012? 9. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

D'un point de vue psychiatrique 1. Quel est le diagnostic?

A/3920/2011 - 12/13 - 2. Quel est le degré de gravité des troubles constatés (faible, moyen, grave), depuis quand sont-ils présents et comment ont-ils évolué ? 3. L'assuré suit-il un traitement adéquat ? S'y conforme-t-il ? 4. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? 5. L'assuré subit-il une incapacité de travail du fait de l'affection psychique? Si oui, depuis quand et dans quelle mesure (en pourcentage) ? 6. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 7. Partagez-vous les avis, sur le plan psychiatrique, des Drs P_____ et Q_____ exprimés dans leur rapport du 26 juillet 2011, ainsi que celui du Dr M_____, exposé le 2 mai 2011? 8. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

En concilium 9. Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques, l'activité habituelle est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assuré? Si non, depuis quand (mois et année) ne l'est-elle plus ? 10. Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques, une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assuré ? Si oui, depuis quand et à quel taux? Y a-t-il une diminution de rendement ? 11. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ?

3. Commet à ces fins les Dr W_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ; 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ; 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 6. Réserve la suite de la procédure. 7. Réserve le sort des frais. 8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en

A/3920/2011 - 13/13 - possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Brigitte BABEL

La Présidente

Francine PAYOT ZEN- RUFFINEN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.