

GE_GERICHTE A/1562/2012 vom 4. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1562_2012

FR: GE_GERICHTE A/1562/2012 du 4 février 2013

IT: GE_GERICHTE A/1562/2012 del 4 febbraio 2013

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur R _____, domicilié à Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître TENCE Tatiana recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, case postale 2096, 1211 Genève 2 intimé EN FAIT M. R _____ (ci-après : l'assuré), né en 1964, de nationalité suisse, père de trois enfants nés en 1985, 1990 et 1997, a notamment exercé une activité de chef de chantier en électricité auprès X _____ AG de 2001 à 2003, pour Y _____ TB de janvier à avril 2007 et pour Z _____ SA en mai et juin 2007. Le 14 mai 2007, Genève-médecins à domicile, a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 11 mai au 22 mai 2007, prolongée par le Dr A _____, FMH médecine générale, depuis le 23 mai 2007, par le biais de plusieurs certificats médicaux. Le 11 juillet 2007, le Dr B _____, FMH oto-rhino-laryngologie, a posé les diagnostics de rhinite chorique, déviation septale gauche et suspicion d'apnées nocturnes. Le 6 septembre 2007, le Dr C _____, FMH neurologie, a attesté d'une consultation en raison d'une fatigue et de douleurs dans les deux membres inférieurs pouvant correspondre à un léger syndrome des jambes sans repos, sans maladie inflammatoire neurologique. Le 30 octobre 2007, le Dr D _____, FMH médecine interne, pneumologie, a attesté d'un syndrome d'apnées hypopnées sévère nécessitant une amygdalectomie et septoplastie plus au moins turbinectomie. Le 20 décembre 2007, le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux Universitaires de Genève -HUG (le service ORL) a proposé un clavetage, une septoplastie pour turbinoplastie bilatérale et une uvulopalatopharyngoplastie. L'assuré présentait des troubles importants du sommeil avec des ronflements. Le 13 février 2008, le service ORL a attesté d'une intervention du 13 février 2008 (septoplastie, turbinoplastie inférieure droite, UPPP et clavetage mandibulaire), avec suites opératoires simples. Le 14 novembre 2008, le département de chirurgie des HUG a attesté d'une intervention en urgence du 25 octobre 2008 (Hartmann avec drainage par Jackson Prott) en raison d'une diverticulite sigmoïdienne perforée avec péritonite purulente des quatre quadrants et d'un syndrome inflammatoire biologique (abcès de la paroi abdominale) survenu en post-opératoire et drainé. Le 8 janvier 2009, le département de chirurgie des HUG a proposé à l'assuré un rétablissement de continuité (coloscopie par la colostomie et lavement par le moignon rectal). Le 6 février 2009, l'assuré a subi une intervention (rétablissement de continuité avec colectomie subtotal et anastomose cæco-rectale à la machine), avec suites postopératoires simples. Le 9 mars 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 11 mars 2009, l'assuré a subi une intervention chirurgicale au majeur gauche suite à une blessure avec un couteau. Le 24 avril 2009, Z _____ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur en mentionnant un engagement de l'assuré du 1 er mai au 25 juin 2007 comme chef de chantier électricité pour un salaire de 6'300 fr. par mois. Le contrat avait été résilié

par l'employeur. Le 27 avril 2009, le Dr E _____, FMH chirurgie, a attesté que l'assuré souffrait d'épisodes de diarrhées et présentait une cicatrice hypertrophique d'aspect chéloïde net. Le 28 avril 2009, le service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie buccale des HUG a rempli un rapport médical AI attestant d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil entraînant de la fatigue. Le patient était suivi pour une cicatrice gênante de la lèvre. L'incapacité de travail était totale du 13 février au 11 mars et du 17 au 19 mars. Le 5 mai 2009, le département de chirurgie des HUG a attesté d'une incapacité de travail totale du 6 février au 6 mars 2009 et à 50 % du 7 au 21 mars 2009. Le 14 mai 2009, le département de chirurgie des HUG a rempli un rapport médical AI attestant de diverticule perforée avec péritonite généralisée, abcès de parois (octobre 2008) et hépatite médicamenteuse (novembre 2008). Actuellement il y avait des douleurs cicatricielles et des troubles du transit. L'incapacité de travail pour les HUG était totale du 24 octobre au 1^{er} décembre 2008 et du 5 février au 5 mars 2009. Le 12 juin 2009, le Dr A _____ a rempli un rapport médical AI attestant de (illisible) (depuis le 24 février 2009) et de douleurs à la mâchoire depuis février 2008. Il suivait le patient depuis le 29 mai 2007, lequel présentait des douleurs abdominales et maxillaire ainsi que des diarrhées. L'incapacité de travail était totale depuis juin 2007. Les douleurs et les diarrhées restreignaient l'activité. Par communication du 17 août 2009, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a constaté que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles. Le 13 septembre 2010, le Dr A _____ a attesté d'un état stationnaire depuis novembre 2008 avec une incapacité de travail totale et une amélioration progressive mais lente. Les diarrhées étaient toujours invalidantes. Le traitement consistait en physiothérapie, musculation, régime hypocalorique, antidiarrhéique et antalgiques. Un retour au travail était possible à une date encore indéterminée et un examen médical complémentaire nécessaire. Le 22 septembre 2009, l'assuré a subi une intervention (révision des brides avec une plastie YV) suite au status post-clavetage. Le 17 novembre 2009, le département de chirurgie maxillo-faciale et buccale des HUG a attesté d'un état stationnaire depuis l'été 2008 n'entraînant pas d'incapacité de travail, avec un traitement de plastic des cicatrices en bouche. Le 18 novembre 2009, le Dr A _____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé depuis environ un mois avec douleurs invalidantes abdominales et trouble du transit incompatible avec une activité professionnelle. Le 22 décembre 2009, le département de chirurgie des HUG a relevé que l'assuré souhaitait à tout prix une intervention chirurgicale (intervention laparotonique avec mise en place d'un filet retro-musculaire pré-aponévrotique). Il présentait des douleurs abdominales au niveau de la cicatrice médiane et d'ancienne stomie. Le 28 janvier 2010, le département de chirurgie des HUG a attesté de douleurs abdominales depuis mars 2009 avec apparition d'une hernie cicatricielle nécessitant une reprise chirurgicale et pose d'une prothèse pariétale. Il y avait aggravation depuis l'été 2009. Des douleurs abdominales apparaissaient lors de la mise en tension des muscles droits. Le 30 mars 2010, l'assuré a subi une intervention (cure d'événtration pré-faciale rétromusculce avec files de Mersilèse 30x30) en raison d'une événtration sus-ombilicale de la cicatrice médiane et de la cicatrice de l'ancienne colostomie. Le 2 juillet 2010, l'unité de nutrition des HUG a rempli un rapport médical AI attestant de diverticule perforée d'infection et lâchage paroi-diarrhée, état dépressif et obésité. Une rééducation prolongée était nécessaire (musculaire, digestive, alimentaire). Pas de portage de poids avant douze à dix-huit mois. La reprise de l'activité était encore indéterminée et dépendait de l'amélioration des symptômes. Le 27 juillet 2010, le département de chirurgie des HUG a écrit aux médecins du centre de la douleur que l'assuré était très gêné par

l'incision faite en bouche dans le but de la géniopexie. Le 6 août 2010, le département de chirurgie maxillo-faciale et buccale a attesté d'un état stationnaire. Le 19 août 2010, le Dr C_____ a effectué un examen neuropsychologique dans les normes. Le trouble de la concentration était lié éventuellement au syndrome d'apnée du sommeil. Le 24 novembre 2010, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (CMED) a rendu un rapport suite à la consultation de l'assuré du 23 novembre 2010. Quelques semaines après le clavetage de février 2008 étaient apparues des douleurs du vestibule inférieur, de la lèvre inférieure et du menton, pour lesquelles une proposition de traitement médicamenteux, ou acupuncture ou encore hypnose était formulée. Le 20 janvier 2011, les Dresses F_____ et G_____ du Service Médical Régional (SMR) ont rendu un avis médical. L'incapacité de travail du 11 mai 2007 au 12 février 2008, date de l'intervention chirurgicale, n'était pas claire. Elle était admise dès octobre 2008 avec ces limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 20 kilos, pas de montée sur des échelles ni port de charges près du corps). Des renseignements devaient être demandés au médecin-traitant. Le 13 février 2011, le Dr A_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé depuis le 13 septembre 2010 (dernier rapport) par la baisse de motivation devant la chronicité des affections et de l'apparition d'un état anxio-dépressif. Un stage d'évaluation était nécessaire. Le 16 mars 2011, le Dr H_____ de l'unité de nutrition des HUG a attesté que l'assuré suivait un programme intensif de perte de poids et de re-musculation tant au niveau abdominal que général. Le 11 avril 2011, le SMR a estimé que des renseignements devaient être demandés au Drs D_____ et A_____. Le 10 mai 2011, le Dr I_____ a écrit au Dr H_____ que le status rhumatologique ne révélait aucune anomalie rhumatismale détectable cliniquement, ni atteinte neurologique mais que l'assuré présentait une grosse hernie discale D7-8 médiane pouvant expliquer les douleurs dorsales. Le 18 mai 2011, l'assuré a informé l'OAI que le Dr A_____ n'était plus son médecin et qu'il était suivi par le Dr I_____, FMH médecine interne - maladies rhumatismales. Le 30 mai 2011, le Dr I_____ a rempli un rapport médical AI posant les diagnostics d'ancienne maladie de Crohn, diverticule opérée hernie discale D7-8-9 (2011), HLA B 27 positif et apnée du sommeil. Il suivait l'assuré depuis 1994 lequel présentait depuis plusieurs mois des douleurs dorsolombaires importantes. Le patient était en arrêt de travail à 100 % de longue date mais pas fixé par lui-même. Vu l'addition de tous les problèmes, il paraissait difficile d'envisager une reprise d'activité. Le 6 juin 2011, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un SAHS sévère depuis 2007 avec somnolence résiduelle en raison d'un traitement par CPAP mal suivi (douleurs sur le site de l'intervention de clavetage). Le rendement était réduit en raison de la somnolence. Le 8 juin 2011, le Dr I_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré nécessitait une re-musculation régulière et intensive du dos. A la demande de l'OAI, le Dr J_____, FMH médecine interne, a rendu une expertise le 27 novembre 2011. En mai 2007, l'assuré s'était plaint de douleurs abdominales à la suite d'une gastro-entérite puis de douleurs dans les jambes et de la fatigue. Il se plaignait actuellement de fatigue matinale, de douleurs abdominales, périombilicales, de douleurs des membres inférieurs bilatérales, de douleurs diffuses du rachis et d'hypersensibilité de la lèvre inférieure. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome des apnées obstructives du sommeil et sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité à 31,2 kg/m² (2009); dyslipidémie traitée (de longue date); status après génioplastie de clavetage, uvulo-palato-pharyngoplastie, septo-turbinoplastie (13 février 2008); status après Hartmann pour diverticulite perforée (octobre 2008); complément de colectomie avec anastomose

cæco-rectale et fermeture de colostomie (février 2009) et status après cure d'événtration abdominale (30 mars 2010). Il était exigible de proposer l'arrêt des benzodiazépines et le traitement de CPAP pendant quatre heures. Il y avait une discordance entre les plaintes et les constatations objectives. L'assuré présentait un déconditionnement physique pouvant être perçu comme une fatigabilité excessive le renforçant dans la sédentarité. Une activité physique était exigible ainsi que des mesures d'hygiène alimentaire et la prise d'Imodium. Il existait une perte de rendement de 20 % due au syndrome d'apnée du sommeil, dans toute activité légère et essentiellement administrative. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un état dépressif majeur. L'activité de chef de chantier monteur-électricien était exigible à 100 %, comme toute activité légère, avec un accès aisé au lieu d'aisance. Les périodes d'incapacité de travail suivantes étaient reconnues : 100 % du 13 février 2008 au 11 mars 2008. 100 % du 17 mars 2008 au 19 mars 2008. 100 % du 24 octobre 2008 au 1^{er} décembre 2008. 100 % du 5 février 2009 au 6 mars 2009. 50 % du 7 mars 2009 au 21 mars 2009. 100 % du 29 mars 2010 au 30 mai 2010. Le 26 janvier 2012, le Dr K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel il fallait suivre l'expertise exhaustive du Dr J_____. L'incapacité de travail était la suivante : 20 % du 11 mai 2007 au 12 février 2008. 100 % du 13 février 2008 au 11 mars 2008. 20 % du 12 mars 2008 au 16 mars 2008. 100 % du 17 mars 2008 au 19 mars 2008. 20 % du 20 mars 2008 au 23 octobre 2008. 100 % du 24 octobre 2008 au 1^{er} décembre 2008. 20 % du 2 décembre 2008 au 4 février 2009. 100 % du 5 février 2009 au 6 mars 2009. 50 % du 7 mars 2009 au 21 mars 2009. 20 % du 22 mars 2009 au 28 mars 2010. 100 % du 29 mars 2010 au 30 mai 2010. 0 % à partir du 31 mai 2010 (avec baisse de rendement de 20 %). Par projet de décision du 11 avril 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que l'assuré n'avait jamais atteint une incapacité de travail majeure de 40 % puisqu'au 31 mai 2010 celle-ci était de 34 %. Par décision du 15 mai 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le 18 mai 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition auprès de l'OAI à la décision précitée en requérant sa reconsidération au motif qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, que le Dr J_____ ne l'avait pas examiné sérieusement, qu'il devait prendre constamment de antidouleurs suite à l'opération de la mâchoire, laquelle était probablement une faute médicale, que le Dr J_____ partait du principe qu'il n'avait plus donné suite aux propositions du CMED alors que cette consultation était erronée, qu'il était aussi erroné de dire qu'il n'était plus suivi par le Dr D_____, qu'il contestait l'incapacité de travail retenue, celle-ci étant totale depuis le 11 mai 2007, qu'il souffrait de plus en plus de troubles de la mémoire handicapants, qu'il souffrait aussi d'une dépression sérieuse et était suivi par le Dr L_____. L'opposition de l'assuré a été transmise à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice et un recours a été enregistré. Le 14 juin 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours au motif qu'aucun médecin-traitant n'avait fait état d'une atteinte psychiatrique, que le Dr J_____ avait relevé que l'assuré ne se plaignait pas de symptomatologie dépressive et que le rapport du Dr J_____ était probant. A la demande de la Cour de céans, les Drs L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, I_____, FMH médecine interne, maladie rhumatismales, A_____, FMH médecine générale, D_____, H_____ et le Centre multidisciplinaire de la douleur ont rendu un rapport médical : Le 11 juillet 2012, le Dr L_____ a indiqué qu'il avait vu l'assuré les 30 juin et 7 juillet 2011, que les diagnostics étaient ceux de trouble dépressif organique et troubles de la personnalité, que l'assuré n'était pas du tout compliant avec son traitement médicamenteux, qu'il était capable de travailler du point de vue psychique et que le pronostic était mauvais, que l'assuré se désresponsabilisait complètement

de son état et était dans une logique de revendication. Le 11 août 2012, le Dr I_____ a indiqué qu'il avait suivi l'assuré de 1986 à 1994 à raison d'une à deux fois par année, puis à nouveau en 2011 et 2012; l'assuré présentait une fibromyalgie avec une grande fatigue, des troubles du sommeil, des douleurs musculotendineuses; il n'existait que des limitations fonctionnelles engendrées par la douleur. Il n'y avait pas d'indication à un arrêt de travail et le problème était sur le plan dépressif. Le 19 septembre 2012, le Dr A_____ a indiqué qu'il suivait régulièrement l'assuré depuis le 29 mai 2007, que l'état dépressif était de plus en plus manifeste, qu'il souffrait de douleurs à la mâchoire, de la paroi abdominale, au dos et membre inférieur, de diarrhées, d'apnées du sommeil, obésité et de manque d'élan vital; il était en incapacité de travail totale; les propositions thérapeutiques du Dr M_____ avaient déjà été tentées, en vain; la poursuite du travail de réseau avec des spécialistes était nécessaire. Le 2 novembre 2012, le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a transmis un rapport du 26 octobre 2012 selon lequel les diagnostics étaient ceux de douleurs neurogènes persistantes postopératoire (DN4 à 8/10) dans un contexte de : S/p sigmoïdectomie et Hartmann pour diverticule perforée avec péritonite des 4 quadrants en octobre 2008. S/p rétablissement de la continuité et colectomie subtotala avec anastomose caeco-rectale en février 2009. S/p cure d'événtration selon Stoppa/Rives pour une événtration sus ombilicale paramédiane droite et en regard de l'orifice de colostomie en fosse iliaque gauche en mars 2010. Syndrome dépressif sévère. Co-morbidités : Hypercholestérolémie, obésité, SAS appareillé avec : S/p génioPLEXIE par génioPLASTIE de clavetage en février 2008. S/p PLASTIE secondaire des cicatrices en septembre 2009. Douleurs neurogènes persistantes du vestibule inférieur de la lèvre inférieure et du menton cervico-dorso lombalgies chroniques. L'assuré présentait des douleurs neurogènes abdominales dans un contexte de syndrome douloureux aux multiples localisations. Les douleurs avaient augmentés depuis la chirurgie de mars 2010 entraînant un arrêt de toute activité physiothérapeutique et sportive depuis le printemps 2011. Les scores sur l'index de dépression de Beck étaient compatibles avec un épisode dépressif sévère. Il convenait d'investiguer une éventuelle cause carentielle à une certaine susceptibilité nerveuse. Le 6 novembre 2012, le Dr D_____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 27 juillet 2007 pour un syndrome d'apnée et hypopnée du sommeil sévère. Une opération ORL en 2008 avait entraîné des douleurs neurogènes du menton. La compliance au traitement CPAP était de 20 à 45 %, l'assuré ne supportant pas le masque. La mauvaise compliance entraînait une somnolence diurne sévère et un état anxio-dépressif marqué causant une incapacité de travail totale. Le syndrome d'apnée du sommeil était actuellement très aggravé (test du 17 octobre 2012). Le 9 novembre 2012, le Dr H_____ a indiqué suivre l'assuré depuis le 16 juin 2010 pour une malabsorption intestinale sur résections étagées au décours d'une péritonite en octobre 2008, avec diarrhées urgentes et fréquentes; l'incapacité de travail était totale en raison des diarrhées chroniques et d'un syndrome douloureux multifocal. Le 20 septembre 2012, l'assuré a indiqué qu'il consultait le Centre de la douleur des HUG lequel rendrait un rapport et l'OAI devait procéder à une nouvelle évaluation. Le 17 octobre 2012, l'assuré a indiqué qu'il était également en consultation auprès des Drs D_____ et H_____. Le 20 novembre 2012, le Dr K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'assuré semblait souffrir d'un état dépressif et d'un trouble douloureux chronique de telle manière qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Le 3 décembre 2012, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Le 18 décembre 2012, l'assuré a observé qu'il souffrait, comme attesté par ses médecins, d'une hypersomnolence diurne importante, de douleurs neurogènes du menton et abdominales invalidantes, de diarrhées et

syndromes douloureux multifocal, d'un syndrome dépressif sévère, de son surpoids dû aux interventions chirurgicales et médicaments. Il a conclu à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire. Il a relevé que l'expertise du Dr M_____ avait duré 1h30 et non pas 2h40 ce qu'attestaient les quittances de taxi jointes. Le 10 janvier 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr N_____, FMH spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise. Le 28 janvier 2013, l'OAI s'est référé à un avis du 18 janvier 2013 du Dr K_____ du SMR observant qu'il était nécessaire de demander à l'expert de se positionner sur l'exigibilité médico-théorique d'un traitement psychiatrique éventuel. Le 30 janvier 2013, le recourant a observé qu'il était dorénavant suivi par les Drs O_____, généraliste, P_____, rhumatologue, depuis novembre 2012 ainsi que par M. S_____, physiothérapeute, et Mme T_____, ergothérapeute, depuis janvier 2013.

EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 9 mars 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5 ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1 er janvier 2012 (6 ème révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

a) En l'espèce, l'intimé a mis en œuvre une expertise auprès du Dr M_____, FMH médecine interne, lequel a conclu le 27 novembre 2011 à une perte de rendement du recourant de 20 % en raison du SAS et à une capacité de travail entière dès le 31 mai 2010, sous réserve de la baisse de rendement de 20 %, comme chef de chantier en électricité. L'instruction menée par la Cour de céans auprès des médecins ayant suivi le recourant a révélé les diagnostics suivants : Trouble dépressif organique et trouble de la personnalité sans conséquence sur la capacité de travail (Dr L_____ - consultation en 2011). Fibromyalgie sans syndrome rhumatologique déficitaire (Dr I_____ - consultation en 2012). Etat dépressif de plus en plus manifeste, douleurs à la mâchoire, paroi abdominale, au dos, au membre inférieur, apnées du sommeil, diarrhées, manque d'élan vital entraînant une incapacité totale de travail (Dr A_____ - consultations de 2007 à 2012). Douleurs neurogènes persistantes à l'abdomen et à la mâchoire postopératoire, syndrome dépressif sévère, cervico-dorso lombalgies chroniques (centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur - consultation de 2012). Syndrome d'apnée et d'hypopnée du sommeil sévère avec hypersomnolence diurne importante entraînant une incapacité de travail totale, en raison de

l'impossibilité de traiter le syndrome de manière efficace (Dr D_____ - consultation de 2012). Malabsorption intestinale sur résections étagées au décours d'une péritonite avec selles à caractère urgent, diurnes et nocturnes, syndrome douloureux multifocal entraînant une incapacité de travail totale depuis 2008. L'intimé conclut à ce que la cause lui soit renvoyée pour instruction complémentaire du point de vue psychiatrique alors que le recourant prétend à une expertise psychiatrique judiciaire. b) Au vu de ce qui précède, il appert qu'une atteinte psychiatrique ne saurait être exclue et que cet aspect nécessite qu'une expertise soit ordonnée. Par ailleurs, il n'est pas exclu non plus que le SAS, au vu des explications du Dr D_____, entraîne une incapacité de travail supérieure à celle de 20 % retenue par le Dr M_____ et que l'atteinte digestive entraîne pour elle-même également une incapacité de travail. En l'état, la Cour de céans se bornera à ordonner une expertise psychiatrique judiciaire (ATF 137 V 210) et examinera ensuite, en cas de besoin, si les autres atteintes doivent également faire l'objet d'une instruction médicale, cas échéant par l'intimé, celui-ci n'ayant pas investigué cette question auprès de médecins spécialistes en pneumologie et nutrition. En conséquence, une expertise sera confiée au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève. Pour faire suite aux observations de l'intimé, la question "h" de la mission d'expertise sera complétée. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr N_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. R_____. Examiner M. R_____. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. R_____ d'un point de vue psychiatrique ? En cas de trouble psychique : - Quel est le degré de gravité de celui-ci ? - Depuis quelle date est-il présent chez M. R_____ ? - Comment a-t-il évolué ? - Quel traitement est-il indiqué ? M. R_____ suit-il un traitement adéquat ? - Un traitement psychiatrique est-il exigible de m. R_____ ? Si oui, lequel ? - Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? i. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui : Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ? Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? M. R_____ subit-il une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? Existe-t-il chez M. R_____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ? Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ? Dans quelle mesure peut-on exiger de M. R_____ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, M. R_____ dispose-t-il et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? j. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel

taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 15 mai 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? l. Etes-vous d'accord avec les conclusions du point de vue psychiatrique, des médecins suivants ? Si non, pour quels motifs ? Dr M_____ (expertise du 27 novembre 2011). Dr L_____ (avis du 11 juillet 2012). Dr I_____ (avis du 11 août 2012). Dr A_____ (avis du 19 septembre 2012). Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (rapport du 26 octobre 2012). Dr D_____ (avis du 6 novembre 2012). m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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