

GE_GERICHTE A/2679/2013 vom 13. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2679_2013

FR: GE_GERICHTE A/2679/2013 du 13 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE A/2679/2013 del 13 gennaio 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.01.2014
A/2679/2013

A/2679/2013 ATAS/70/2014 du 13.01.2014 (AI) En fait En droit république et canton de genève POUVOIR JUDICIAIRE A/2679/2013 ATAS/70/2014 COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 13 janvier 2014 5 ème
Chambre En la cause Monsieur H _____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel Recourant contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis rue des
Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Monsieur H _____, né en 1982, est
originaire du Kosovo. En 1999, il est arrivé en Suisse. Après son expulsion, il est revenu en
Suisse en 2003, d'abord à Saint-Gall, puis à Genève chez son frère. Depuis son arrivé en
Suisse, il a travaillé comme employé de production en 2004 et 2005 dans le canton de
Saint-Gall, puis comme barman à Genève de 2006 à fin août 2008, date à laquelle son
contrat a été résilié. 2. A partir du 30 janvier 2008, une incapacité de
travail totale est attestée. 3. Du 30 janvier au 13 février 2008, l'intéressé a
été hospitalisé au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève
(HUG). Dans le rapport du 21 février 2008 y relatif, le diagnostic de trouble dépressif
récurrent, épisode dépressif sévère, est posé. Son état psychique s'est détérioré après sa
convocation à la Commission de la Police des étrangers dans le cadre d'un recours. Au
cours de l'hospitalisation, l'évolution était favorable, mais le patient avait quitté le 7 février
la clinique contre l'avis médical. Menaçant de se suicider, il avait été ramené à l'hôpital.
Quelques jours plus tard, une amélioration de l'état clinique a été observée. 4.
Selon le rapport du 18 avril 2008 relatif à l'évolution médicale du Care Management
de l'assureur perte de gain de l'employeur, l'assuré souffrait d'une dépression réactionnelle
à la rupture de son épouse. Il présentait des troubles psychiques depuis 2007 et disait avoir
commis des tentatives de suicide en 2007 et début 2008 qui avaient provoqué son
hospitalisation en clinique psychiatrique. Il avait beaucoup de peine à accepter cette
situation, ruminait sans cesse, s'isolant socialement et se nourrissant sporadiquement. Le
traitement consistait en psychothérapie deux fois par mois, psychothérapie de groupe deux
fois par mois et médication antidépresseurs et anxiolytiques. 5. L'assuré a
ensuite été hospitalisé du 28 avril au 2 juin 2008 en raison d'un trouble dépressif récurrent,
épisode actuel sévère. Il était découragé dans le cadre des problèmes liés à son permis de
séjour, la situation n'évoluant que très peu. 6. Selon le résumé de séjour
du 2 juillet 2008 des HUG, l'assuré a été hospitalisé du 11 au 29 juin 2007 pour un épisode
dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec angoisses et idées suicidaires, dans le
contexte d'un mandat d'expulsion et du rejet de son recours en date du 8 juin 2007. Il
présentait une baisse de l'élan vital, des troubles du sommeil et une anxiété importante.
Dans le cadre de l'hospitalisation, l'évolution était lentement favorable sous médication.

7. Après avoir été annoncé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, l'assuré a déposé en août 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

8. Dans son rapport du 18 septembre 2008, la Dresse L _____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, depuis 2003. Le patient a été hospitalisé à trois reprises à la Clinique psychiatrique de Belle Idée en entrée non volontaire entre juin 2007 à juin 2008. Il présentait un ralentissement psychomoteur avec trouble de la concentration et de mémorisation, était tendu, angoissé et facilement irritable. La thymie était triste avec perte de l'espoir, sentiment de dévalorisation et d'échec, troubles du sommeil et perte de l'élan vital. A cela s'ajoutait une aboulie avec clinophilie et des idéations suicidaires. Les traitements antidépresseurs n'avaient eu aucun effet, mais les médicaments anxiolytiques permettaient une diminution de l'anxiété, tout en provoquant une aggravation du ralentissement psychomoteur. Le traitement consistait en suivi médical une fois toutes les deux semaines et de thérapie de famille à la consultation familles et couples des HUG toutes les quatre à six semaines. L'incapacité de travail était totale.

9. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 22 septembre 2008, aucune communication n'a pu s'établir avec l'assuré, celui-ci restant très fermé. Il avait une vision extrêmement négative sur la vie et sur lui-même et restait fixé sur ses échecs. Il habitait chez son frère et la famille de celui-ci. Selon ce dernier, il ne faisait rien de ses journées, était tout le temps à la maison à ruminer et à penser au passé et à ses échecs. Il ne voyait plus ses amis depuis un certain temps. Par ailleurs, il se fatiguait rapidement des gens et finissait par provoquer des conflits. Il n'avait plus goût à rien. Quant à l'assuré, il a finalement expliqué qu'il ne supportait pas les gens, avait l'impression que personne ne l'aimait et que tout le monde le regardait et le jugeait. Même sa famille ne le supportait plus et il n'avait de place nulle part si ce n'est qu'au ciel. Selon le frère de l'assuré, il avait été au Kosovo un jeune homme souriant et agréable. La guerre avait tout gâché. Sa souffrance avait commencé depuis sa séparation en 2005 de son épouse et son état s'était aggravé petit à petit. Entretemps, son permis de requérant d'asile était arrivé à échéance et n'avait pas été renouvelé, de sorte que l'assuré avait de plus en plus d'idées noires et suicidaires. En six semaines, il avait été hospitalisé trois fois pour dépression sévère et trouble du comportement envers sa famille. Personne n'arrivait à l'aider. Le traitement consistait en antidépresseurs et anxiolytiques, ainsi que de psychothérapie individuelle et en groupe.

10. Le 29 septembre 2008, la Dresse L _____ a informé le mandataire de l'assuré que celui-ci désirait effectuer une reconversion professionnelle adaptée à son état de santé, ayant le désir de travailler et d'être autonome. L'activité adaptée devait être dépourvue de stress et tenir compte du trouble de la concentration importante, du ralentissement psychomoteur, de l'anxiété et de l'irritabilité. Par ailleurs, le patient n'avait qu'une compréhension limitée du français.

11. Dans son rapport du 28 octobre 2008, le Dr M _____, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. En plus des symptômes relevés par les autres médecins, il a fait état d'une inappétence avec une légère perte pondérale et d'un sentiment d'autodévalorisation et d'échec. L'incapacité de travail était totale et la reprise d'une activité professionnelle risquerait de faire gravement décompenser l'assuré, en raison du stress engendré.

12. Le 20 novembre 2008, le mandataire de l'assuré a informé l'OAI notamment qu'une demande d'admission provisoire était actuellement pendante devant les autorités genevoises.

13. Le 9 mars 2009, les médecins du département de psychiatrie des HUG ont attesté que

l'assuré était hospitalisé depuis le 21 janvier 2009 en admission non volontaire à cause d'un risque suicidaire. Il souffrait d'un syndrome post-traumatique et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec perte d'espoir et projet de mettre fin à ses jours. Il nécessitait une prise en charge médicale intensive et à long terme, afin d'obtenir une stabilisation durable. Dans les éléments participant au trouble dépressif, les médecins ont relevé de nombreux événements traumatiques depuis l'enfance au Kosovo, un facteur aggravant étant la situation sociale précaire. Le seul facteur soutenant était son frère. Un retour au Kosovo engendrerait une majoration significative du risque suicidaire.!

14. Le 20 août 2009, le département de psychiatrie des HUG, programme dépression, a attesté que l'assuré avait intégré son programme dépression le 3 avril 2009. A son admission, il présentait un épisode dépressif sévère. Son état actuel nécessitait un suivi médical et infirmier intensif avec un traitement médicamenteux adapté.!

15. En janvier 2010, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par la Dresse N _____, psychiatre FMH, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 11 février 2010, l'experte a émis les diagnostics d'état de stress post-traumatique, existant depuis 1998, et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (depuis 2003 épisode dépressif moyen et dès janvier 2008, épisode dépressif sévère). L'état de stress post-traumatique était motivé par le fait que l'assuré avait subi des maltraitements, mêmes des tortures, par les serbes au Kosovo à plusieurs reprises. En raison de la guerre en Yougoslavie, il présentait des cauchemars, des flashbacks et des pensées intrusives en lien avec les maltraitements physiques subies. Cet état de stress perdurait à ce jour et avait connu des fluctuations d'intensité durant toutes ces années. Dès 2003, dans le cadre de difficultés avec la belle-famille, puis d'un conflit conjugal, il avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne et aurait déjà été suivi sur le plan psychiatrique à Saint-Gall. Après avoir dû quitter la Suisse en 2005 et être revenu par la suite vivre avec son frère à Genève, l'assuré avait présenté une idéation suicidaire dans le cadre d'un état dépressif devenu sévère, après le rejet de son recours, en juin 2007, contre une décision d'expulsion de la Suisse. Il n'avait cependant jamais effectué de tentative de suicide. Les symptômes évoqués correspondaient à un épisode dépressif sévère et entraînaient une capacité de travail nulle. L'état de stress post-traumatique avait entraîné une incapacité de travail de 70 % dès 1998 jusqu'en 2003. Début 2003 à avril 2004 (séparation conjugal), la capacité de travail était de 60 %. De mi-2004 à fin mai 2006 (réactivation de l'état de stress post-traumatique et épisode dépressif moyen), la capacité de travail était de 40 %, dès début juin 2006 jusqu'à juin 2007, elle était de 70 % (recours rejeté contre la décision d'expulsion de Suisse et hospitalisation psychiatrique) jusqu'à fin janvier 2008, la capacité de travail était de 50 % et, dès le 31 janvier 2008 à ce jour, elle était nulle. La présence de facteurs sociaux (décision d'expulsion de Suisse toujours pendante, difficultés financières et absence d'emploi) faisait perdurer l'épisode dépressif. Des limitations qualitatives et quantitatives étaient présentes en lien avec l'état de stress post-traumatique et l'épisode dépressif sévère. Sur le plan social, il y avait un important retrait social, la sociabilité étant limitée aux frère, sœur, beau-frère, belle-sœur et neveux.!

16. Le 10 janvier 2011, l'experte a répondu aux questions complémentaires de l'OAI. Concernant le diagnostic d'état de stress post-traumatique mis en doute par ledit office, elle a finalement admis qu'il n'y avait pas lieu de retenir des symptômes résiduels de l'état de stress post-traumatique, ceux-ci n'ayant pas empêché l'assuré de fonctionner dans son quotidien, de revenir en Suisse à la suite d'une expulsion, de se marier, de déposer divers recours contre des décisions d'expulsion, ni de travailler à plein temps comme barman. Par ailleurs, l'assuré n'avait pas évoqué de

changement de sa personnalité suite aux événements de guerre au Kosovo. L'OAI ayant également remis en cause le diagnostic d'épisode dépressif sévère, l'experte a admis que l'état décrit dans la lettre de sortie du 2 juillet 2007 par les médecins des HUG correspondait à un épisode dépressif léger et non pas sévère et qu'il était vraisemblable que l'expression d'idées de pendaison à l'admission eût fait conclure les médecins des HUG au diagnostic d'épisode dépressif sévère. Selon l'experte, le status décrit lors de la deuxième hospitalisation du 20 janvier au 30 février 2008 correspondait également à un épisode dépressif léger. Il en allait de même des symptômes décrits lors de la troisième hospitalisation. A la quatrième hospitalisation, les symptômes correspondaient à un épisode dépressif moyen. Toutefois, lors de la cinquième hospitalisation, les symptômes décrits correspondaient de nouveau à un épisode dépressif léger. Selon l'experte, le status décrit lors de l'entretien du 3 avril 2004 au programme de dépression des HUG correspondait à un épisode dépressif moyen. A l'examen clinique au jour de l'expertise, l'assuré avait relaté une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, une vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir, des difficultés à soutenir son attention et à se concentrer, ainsi que des troubles du sommeil. Ces symptômes correspondaient à un état dépressif sévère. Toutefois, l'experte n'avait pas objectivé d'idées suicidaires au moment de l'examen et plusieurs des symptômes retenus étaient difficilement objectivables. Quant à la récurrence du trouble dépressif, elle a finalement considéré qu'il s'agissait d'un même épisode dépressif d'intensité légère à moyenne depuis juin 2007, date de la première hospitalisation, à ce jour. En conclusion, l'experte a considéré que la situation médicale paraissait étroitement liée au refus d'autorisation de séjour en Suisse. Par ailleurs, l'assuré figurait depuis cette expertise sur Facebook où il mentionnait un réseau d'amis. Cela permettait d'exclure un état de stress post-traumatique persistant et un épisode dépressif sévère.!

17. Dans son courrier du 19 janvier 2012 au conseil de l'assuré, le Dr O _____ a attesté que celui-ci se plaignait de manière récurrente de lombalgies communes, sans déficit neurologique. Celles-ci n'étaient cependant pas handicapantes dans une activité permettant l'alternance des positions et nécessitant uniquement le port de charges très modérées.!

18. Lors de l'entretien du 8 mars 2012 entre l'OAI et l'assuré, celui-ci a notamment déclaré que cela faisait longtemps qu'il n'avait plus le moral, qu'il restait à la maison la plupart du temps et ne sortait que pour aller chez le médecin. Il lui était difficile d'être à l'extérieur et de voir des voitures de police, dès lors que cela lui faisait penser aux maltraitements subies par les forces de police à Saint-Gall. Il gérait aussi difficilement au quotidien ses hallucinations, étant précisé qu'il entendait des voix qui l'appelaient lorsqu'il se promenait dans la rue. Chaque semaine, il voyait le Dr P _____ aux HUG. Il était également suivi par un infirmier depuis longtemps. Lors des rendez-vous, ils discutaient ensemble. Il prenait par ailleurs du Cypralex et, en réserve, du Risperdal. Quant à son emploi du temps, il se faisait réveiller à 10 heures du matin par son frère et prenait alors ses médicaments, mais non pas un petit-déjeuner. Il se recouchait ensuite et attendait que le temps passât. A midi, les neuf membres de la famille mangeaient tous ensemble. Dans l'après-midi, il attendait de nouveau l'arrivée de son frère du travail. Parfois il sortait fumer. Le soir il restait dans sa chambre et se couchait entre 22 heures et 23 heures. Il avait des difficultés à s'endormir. Il ne participait pas aux tâches ménagères et n'avait aucune autre activité. Il ne jouait pas non plus avec ses neveux et nièces. Il s'était rendu pour la dernière fois au Kosovo en 2005. Quant aux tentatives de reprise d'une activité professionnelle, il a allégué avoir fait des demandes d'emploi dans plusieurs

restaurants autour de son domicile, cependant sans succès. Il souhaiterait retravailler, mais sans formation ni énergie il ne pouvait rien changer à la situation actuelle. Il n'avait aucun projet. [endif]>![if> 19. En octobre 2012, l'assuré a fait l'objet d'une seconde expertise par la Dresse N_____, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 8 octobre 2012, l'experte n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique avec répercussion sur la capacité de travail. Dans les plaintes, elle a fait état des déclarations de l'assuré selon lesquelles tout était compliqué, se lever le matin, prendre les médicaments, aller aux rendez-vous, répondre toujours aux mêmes questions. Parfois, il ressentait de l'angoisse comme un ballon dans la poitrine. Quant à la médication de réserve, le Risperdal, il l'avait prise la dernière fois la veille et auparavant à une date lointaine. Il avait la phobie « de plein de choses », comme de la police et de la justice. Quand il était à l'extérieur, il avait l'impression que quelqu'un venait derrière lui. Invité à préciser son niveau d'humeur sur une échelle de 0 à 10, il a répondu « je serai heureux à 0. Je n'ai jamais de plaisir, j'ai tout perdu. Mon plus grand plaisir serait d'être mort ». Au status clinique, l'experte a notamment relevé que la collaboration était mauvaise et que l'assuré était oppositionnel. Il était tonique, vigile et répondait rapidement aux questions, sans marquer de temps de latence. La mimique et les gestes étaient conservés. Il n'y avait pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur mis en évidence ni de trouble thymique et affectif objectivé. Le discours était cohérent sans trouble formel de la pensée et le seuil anxiogène dans les normes. L'énergie vitale était conservée, sans perte de l'initiative. Il en allait de même de la sociabilité avec la famille. Dans son appréciation, l'experte a relevé que l'assuré n'avait plus subi de nouvelles hospitalisations depuis sa dernière expertise ni commis une tentative de suicide. Elle a par ailleurs mis en exergue qu'il était inexact que la famille de l'assuré ne le laissaient jamais sortir seul, par crainte d'un tentamen, comme il l'a relaté, dès lors qu'il sortait seul pour ses rendez-vous médicaux et pour s'acheter ses cigarettes. Quant à sa présence sur internet, l'expertisé lui avait dit ne pas savoir allumer un ordinateur et que c'était un de ses neveux qui lui avait ouvert une adresse internet, tout en admettant de manière évasive qu'il communiquait avec sa famille par le webcam. Selon l'experte, il était peu authentique et ne convainquait pas quant au symptôme dépressif qu'il relatait. Il n'avait par ailleurs nullement mentionné de flashbacks, cauchemars récurrents, d'état de qui-vive ou d'attaques de panique. A ce jour, une décision définitive quant à son admission en Suisse n'avait pas encore été prise. Cette situation jouait un rôle non négligeable sur la symptomatologie relatée. Il ne présentait par ailleurs pas de complexe d'infériorité, de manque d'appétit ou de perte de poids, de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, ni de vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir. Le fait qu'il avait cherché divers emplois non qualifiés, excluait également un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif sévère. Ainsi la santé psychique de l'assuré s'était notablement améliorée depuis le dernier examen et sa capacité de travail était entière. Le pronostic de l'experte était néanmoins mauvais en raison de facteurs extra-médicaux, à savoir l'absence de formation, la non maîtrise de la langue française et le permis de séjour provisoire. [endif]>![if> 20. Dans son avis médical du 18 octobre 2012, le Dr Q_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que l'experte a noté une nette amélioration de l'état psychique et attesté une pleine capacité de travail à partir de la fin de l'année 2010. [endif]>![if> 21. Par courrier du 24 octobre 2012, le Dr P_____, psychiatre au programme des troubles de l'humeur des HUG, s'est déterminé sur la dernière expertise établie par la Dresse N_____. Il a relevé que l'assuré ne cherchait pas à obtenir de façon inappropriée des prestations de

l'assurance-invalidité et qu'il avait été difficile pour les soignants de convaincre l'assuré de se rendre à l'expertise. Le fait qu'il avait des réactions inadéquates lors de l'expertise et qu'il voulait mettre fin rapidement à celle-ci ne pouvait pas être interprété dans le sens qu'il cherchait à exagérer ses symptômes pour obtenir des choses indues. Par ailleurs, le Dr P_____ a regretté que l'experte n'eût pas jugé utile de le contacter. Concernant le fait que l'expertisé rapportait, dans le cadre de l'expertise, ne pas aimer les interprètes, car ils ne traduisaient pas juste, le médecin a expliqué que l'assuré avait régulièrement des idées sub-déliantes, avec l'impression que si l'on faisait venir un traducteur, il pourrait divulguer tout le contenu des entretiens à l'extérieur de la consultation et modifier les dires du patient auprès du soignant. Il avait été difficile d'obtenir petit à petit la confiance de l'assuré. A cela s'ajoutait qu'il avait subi des hospitalisations contre son gré et avait la crainte d'être hospitalisé à nouveau. Le vécu traumatique remontait à l'enfance où il avait subi des persécutions des serbes. Lorsqu'il avait 14 ans, sa maîtresse avait été exécutée devant ses yeux. Par la suite, des problèmes administratifs de l'immigration et des problèmes avec son ex-épouse s'étaient ajoutés. La psychopathologie expliquait la difficulté de l'assuré de se présenter de manière correcte et adaptée à un examen telle qu'une expertise psychiatrique. Le Dr P_____ ne comprenait par ailleurs souvent pas ce que l'experte avait déduit des signes et symptômes cliniques relatés, dès lors que ces éléments disaient beaucoup de la souffrance de l'assuré et de sa difficulté à investir les relations interpersonnelles. Concernant les données recueillies sur Facebook, le médecin y accorderait moins d'importance que l'experte. Il n'avait pas réussi à trouver ces données et il faudrait être sûr qui avait créé le profil Facebook, à quelle date et si le patient l'utilisait régulièrement. Selon le frère de l'assuré, ce dernier n'utilisait jamais internet seul et c'était son fils qui aurait peut-être créé un compte. L'assuré apprenait par ailleurs le fonctionnement d'un traitement de texte au Service d'ergothérapie. Il avait fait quelques progrès, mais dans un contexte très ritualisé. Il restait en outre toujours très renfermé sur lui-même et n'avait de relation qu'avec l'ergothérapeute, sans aucun échange avec les autres participants. Le Dr P_____ avait insisté pour que le patient continuât à faire des démarches auprès de l'assurance-invalidité, dans l'espoir que cela lui ouvrirait des portes pour des ateliers protégés, ce qui était un enjeu majeur pour la suite de son évolution. Les précédentes démarches pour travailler dans des associations avaient échoué à cause de sa trop grande fragilité. Il avait récemment pris contact avec une association pour travailler dans un cadre protégé. Cependant, le médecin craignait qu'il fût encore trop fragile, le moindre stress, la moindre uniforme ou un client mécontent risquant de mettre le projet en échec. En conclusion, le Dr P_____ a exprimé sa perplexité et son désaccord avec les conclusions de l'expertise.![endif]>![if> 22. Par courrier du 29 novembre 2012, l'assuré a relevé, par l'intermédiaire de son conseil, que la prise de position du psychiatre traitant ne relevait pas d'une simple opinion contradictoire, mais se fondait au contraire sur une étude approfondie du cas. Ainsi, son appréciation devait être considérée comme suffisamment pertinente pour mettre en cause la valeur probante de l'expertise. Sur la base des éléments fournis par ce dernier, il convenait de constater que son état de santé était resté stationnaire depuis l'expertise de février 2010 de la Dresse N_____.![endif]>![if> 23. Dans son avis médical du 20 décembre 2012, le Dr Q_____ du SMR a relevé que le Dr P_____ n'avait fourni aucun élément objectif concernant l'absence de toute vie sociale. Par ailleurs, l'absence d'interprétation des symptômes par l'experte n'enlevait pas le caractère convaincant de l'expertise.![endif]>![if> 24. Le 1^{er} mars 2013, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui accorder une rente d'invalidité entière pour la

durée limitée du 1^{er} février 2009 au 31 mars 2011, en considérant que son état de santé s'était amélioré depuis fin 2010.![endif]>![if> 25. Par courrier du 4 avril 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à ce projet. Il a fait valoir qu'il souffrait également d'une maladie somatique sous la forme d'une atteinte lombaire qui n'avait fait l'objet d'aucune instruction médicale. Il a en outre dénié une valeur probante à l'expertise, sur la base des observations du Dr P_____, en soulignant qu'il avait été hospitalisé à cinq reprises et bénéficié d'un suivi psychiatrique au sein du CTB. Depuis sa prise en charge par le Dr P_____ et l'important travail d'ergothérapie, ainsi que grâce au soutien de ses proches, il n'avait plus concrétisé de gestes suicidaires. Nonobstant, il était fortement fragilisé, comme relevé par le Dr P_____, et sa capacité de travail était toujours nulle.![endif]>![if> 26. Dans son avis médical du 11 avril 2013, le Dr Q_____ du SMR a estimé qu'il n'y avait aucun argument permettant de s'écarter des conclusions de son avis précédent. ![endif]>![if> 27. Par décision du 1^{er} juillet 2013, l'OAI a confirmé son projet précédent. ![endif]>![if> 28. Par acte du 19 août 2013, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps, sous suite de dépens. Il a notamment relevé qu'il était toujours suivi toutes les semaines par le Dr P_____ et suivait un programme pour le traitement de la dépression tous les lundis. Il était par ailleurs également pris en charge par le Dr R_____ à raison de trois fois par semaine dans le cadre de l'hôpital de jour. Remettant en cause le caractère probant des expertises, il s'est étonné que l'experte était revenue sur son diagnostic initial d'état de stress post-traumatique. Par ailleurs, s'il était exact qu'il n'avait plus fait état de flashbacks, de cauchemars et d'attaques de panique lors de l'expertise d'octobre 2012, il n'en demeurait pas moins que ces symptômes étaient toujours présents. En outre, au sortir de l'examen d'expertise en octobre 2012, il avait été pris d'un état de panique qu'il avait aussitôt relaté à son infirmier. Le Dr P_____ avait précisé qu'il présentait régulièrement des symptômes psychotiques. S'agissant de sa présence sur Facebook, il était totalement incapable de se servir seul d'un ordinateur. Certes, à force d'un important travail d'ergothérapie, il était parvenu à acquérir un certain degré d'autonomie dans l'utilisation de l'ordinateur, pour autant qu'il fût déjà allumé. Pour le travail sur traitement de texte, il devait être secondé par l'ergothérapeute. Il serait ainsi incapable de créer et d'alimenter un profil Facebook ou de visiter des sites de rencontres. Quant à son intégration sociale, il n'avait en conservé aucun lien social, à part les contacts avec la famille et le personnel soignant. Il était ainsi faux de retenir une amélioration de son état psychique. Concernant ses tentatives de réinsertion professionnelle, il n'avait fait ces démarches qu'avec l'aide de l'équipe médicale et uniquement auprès de l'association T-Interactions pour une activité de type occupationnel. En raison de la fragilité de son état psychique, cette démarche n'avait cependant pas aboutie. Néanmoins, le recourant a admis que, grâce au travail psychothérapeutique réalisé, il parvenait à se déplacer seul en tram pour se rendre à ses consultations médicales. Il n'avait presque plus de troubles psychotiques grâce au traitement médicamenteux. Il n'en demeurait pas moins qu'il n'avait pas les ressources psychiques pour avoir une vie sociale normale et s'adapter à un environnement professionnel. Tout au plus, une activité de type occupationnel en milieu protégé pourrait être envisagée. Enfin, l'atteinte au niveau lombaire avait évolué défavorablement depuis deux ans, de sorte qu'il se justifiait d'instruire si cette pathologie engendrait des limitations fonctionnelles dans le cadre d'une activité adaptée.![endif]>![if> 29. Dans sa réponse du 19 septembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, tout en attribuant aux expertises de la Dresse N_____ une pleine valeur probante. Une

amélioration de l'état de santé ressortait des plaintes subjectives rapportées, ainsi que du status clinique. Par ailleurs, le fait que le neveu du recourant lui avait ouvert une adresse sur internet pour communiquer avec sa famille avec une caméra démontrait bien qu'il avait des contacts sociaux autres que ceux avec la famille chez laquelle il vivait. Sur les sites des différents réseaux sociaux figuraient également des informations concernant ces thèmes favoris, tels que des films, la musique, les amis. L'amélioration était aussi confirmée par le fait que le recourant pouvait prendre le tram pour se rendre à ses consultations. A cela s'ajoutait qu'il n'avait plus subi de nouvelle hospitalisation depuis l'expertise de 2010 ni commis des tentamens. Il a même pu faire des recherches d'emploi. De surcroît, la situation médicale du recourant était étroitement liée à des éléments extra-médicaux, soit à des facteurs psycho-sociaux, notamment au refus d'autorisation de séjour et aux difficultés financières. Enfin, une instruction concernant les problèmes lombaires ne se justifiait pas, le médecin traitant du recourant ayant indiqué que les lombalgies n'étaient pas handicapantes dans une activité adaptée.![endif]>![if> 30. Par écriture du 17 octobre 2013, le recourant a précisé qu'il était essentiellement incapable de travailler pour des raisons d'ordre psychique, tout en admettant que, sur le plan somatique, il pourrait théoriquement exercer une activité adaptée.![endif]>![if> 31. Le 11 novembre 2013, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de procéder à une expertise psychiatrique et de la confier au Dr S _____, psychiatre à Vevey. Elle leur a également communiqué la liste des questions à l'expert.![endif]>![if> 32. Dans son avis médical du 21 novembre 2013, la Dresse T _____ du SMR a proposé que l'expertise soit effectuée, pour des raisons de sécurité, par un expert au Centre de médecine légale, à savoir le Dr U _____. A cet égard, elle a fait état de discordances et de troubles psychotiques sous-jacents susceptibles de se décompenser. Elle a également indiqué que l'expertise devait comporter une anamnèse, un status clinique et une discussion.![endif]>![if> 33. Par écriture du 25 novembre 2013, l'intimé a proposé de compléter les questions, tout en jugeant inutile de procéder à une expertise judiciaire. Il a en outre repris la proposition du SMR.![endif]>![if> 34. Par écriture du 10 décembre 2013, le recourant a consenti au choix de l'expert et à sa mission, tout en requérant que l'expert mandaté se renseignât également auprès de ses psychiatres traitants, à savoir les Drs P _____ et V _____.![endif]>![if> 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) ;![endif]>![if> 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, le recourant a fait l'objet de deux expertises de la Dresse N _____, ainsi que d'un complément de la première expertise.![endif]>![if> Toutefois, la seconde expertise du 8 octobre 2012 est contredite de façon convaincante par

le Dr P_____. Au vu de nombreux éléments et plaintes du recourant dont l'experte n'a pas tenu compte (ignorance de l'âge des neveux et nièces avec lesquels il vit, oubli de l'entretien lors de la première expertise en 2010, l'affirmation que tout est compliqué, se lever le matin, prendre des médicaments, aller aux rendez-vous, répondre toujours aux mêmes questions, l'impression d'être suivi, l'affirmation que son plus grand plaisir serait d'être mort), l'expertise n'emporte ainsi pas la conviction de la Chambre de céans.

L'absence d'une atteinte psychique grave paraît également en contradiction avec le fait que le recourant est toujours suivi une fois par semaine par le Dr P_____, un infirmier et au programme du traitement de la dépression, ainsi que trois fois par semaine à un hôpital de jour. Même le SMR admet implicitement, dans son dernier avis, un grave trouble psychiatrique, en évoquant le risque d'une décompensation du recourant en raison de troubles psychotiques. Si de l'avis du SMR, une décompensation peut être provoquée par la seule mise en œuvre d'une expertise, cet élément paraît a priori à lui seul exclure une capacité de travail résiduelle. Enfin, même si une certaine amélioration de l'état psychique peut être constatée, cela ne signifie pas encore que le recourant a recouvré une capacité de travail. Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire. 3. Celle-ci sera confiée au Dr S_____, psychiatre à Vevey. A cet

égard, il convient de relever que rien dans le dossier ne permet de considérer que le recourant serait violent, si ce n'est que son attitude oppositionnel lors de l'expertise en octobre 2012. La Chambre de céans ne juge ainsi pas nécessaire de prendre des précautions particulières. Par ailleurs, dans la mesure où le recourant maîtrise mal le français, l'expertise devra être effectuée avec l'aide d'un interprète de langue albanaise.

4. Quant à la mission d'expertise, il va de soi que celle-ci devrait contenir une anamnèse, un status clinique et une discussion, sans qu'il soit besoin de le préciser. Par ailleurs, les questions seront complétées au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée. Concernant la remarque de l'intimé que la mission d'expertise serait axée sur la critique des deux rapports d'expertise figurant dans le dossier et non pas sur l'intégralité de ce dernier, elle n'est pas justifiée, dans la mesure où il appartiendra évidemment à l'expert de répondre aux questions posées sur la base de l'intégralité du dossier médical. Par ailleurs, dès lors que la valeur probante de l'expertise de la Dresse N_____ est mise en cause, il se justifie que l'expert judiciaire se détermine précisément sur les conclusions de celle-ci. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale. B. La confie au Dr S_____. C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : - Prendre connaissance du dossier médical de M. H_____. - Examiner personnellement l'expertisé, avec l'aide d'un interprète de langue albanaise. - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants. - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : 1. Quels sont vos diagnostics, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue ? 2. Quelles limitations présente l'expertisé sur le plan psychiatrique ? 3. Quelle est sa capacité de travail sur le plan psychiatrique dans son activité habituelle de barman et dans une activité adaptée ? 4. Comment a évolué l'état de santé et la capacité de travail de l'expertisé depuis l'expertise du 11 février 2010 de la Dresse N_____ ?

5. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise de la Dresse N_____ du 8 octobre 2012 ?!

6. Quel est votre pronostic ?!

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

E. Réserve le fond.!

La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER 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.