

GE_GERICHTE A/4464/2011 vom 12. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4464_2011

FR: GE_GERICHTE A/4464/2011 du 12 mars 2012

IT: GE_GERICHTE A/4464/2011 del 12 marzo 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.03.2012
A/4464/2011

A/4464/2011 ATAS/263/2012 du 12.03.2012 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4464/2011 ATAS/263/2012
ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 9 mars 2012 5ème Chambre En la cause Monsieur H_____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 Intimé EN FAIT Monsieur H_____, né en 1954, est horticulteur-paysagiste de formation. Il est né en France et y a travaillé comme gardien, magasinier-vendeur, ambulancier et maître-monteur. Depuis son arrivée en Suisse, en 1997, il a travaillé en tant que contrôleur-monteur commercial de 1997 à 1999. Dès octobre 2000, il était employé en tant que travailleur temporaire dans le bâtiment. En dernier lieu, il était employé municipal temporaire à la voirie X_____. En 2003, son salaire était de 32 fr. 50 l'heure, avec une durée de travail de 40 heures par semaine. Le 16 juillet 2003, il est victime d'un accident de travail qui lui occasionne une déchirure méniscale gauche traitée par arthroscopies le 14 août 2003 et le 9 mars 2004. Les suites de cet accident sont prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accident (SUVA). Selon le rapport du 22 novembre 2004 de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) relatif au séjour de l'assuré du 5 octobre au 3 novembre 2004 dans cette clinique, l'assuré présente des gonalgies gauches, une déchirure du ménisque interne gauche traitée par arthroscopie et une chondropathie. A titre de comorbidités, les médecins de la CRR mentionnent une plaie de la main droite avec section tendineuse, une fracture du pied gauche en 1972, une cardiopathie hypertrophique avec troubles du rythme à type de tachycardie supra-ventriculaire, une épilepsie essentielle et des discopathies C3-C4, L4-L5. Dans le cadre de son séjour, l'assuré fait également l'objet d'une évaluation psychiatrique par le Dr L_____, lequel évoque un trouble de la personnalité avec une certaine instabilité professionnelle et une notion de toxicomanie au travail. Il y a des antécédents d'états dépressifs. L'assuré ne présente cependant pas de trouble de la personnalité à proprement parler, au vu de l'absence de souffrance et d'un fonctionnement psychosocial satisfaisant. Selon les conclusions des médecins de la CRR, l'examen clinique est rassurant, les importantes limitations fonctionnelles restent difficiles à expliquer par les seules constatations objectives et ne semblent plus avoir une grande relation avec l'accident initial. Les douleurs évoquées sont le principal obstacle à la reprise d'activités. La capacité de travail est de 50 % dans la profession d'employé de voirie. Par demande reçue le 30 novembre 2004, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue d'une orientation professionnelle. Dans son rapport du 22 décembre 2004, la Dresse M_____, généraliste et médecin traitant, pose les diagnostics de distorsion du genou

gauche avec lésion méniscale et de chondropathie. Elle diagnostique également une tendinopathie chronique du sus-épineux droit depuis un an. La capacité de travail est nulle depuis la survenance de l'accident. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 50 %. On peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité en position assise et sans port de charges. Selon le rapport médical du 18 février 2005 du Dr N _____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), l'assuré présente une incapacité de travail totale dans l'activité exercée jusqu'alors. Dans une activité adaptée, sans manutention lourde avec le bras droit, sa capacité de travail est de 50%. Le 3 mai 2005, l'assuré est victime d'un accident de la circulation avec un coup du lapin. Le diagnostic d'entorse cervicale est émis. Suite à cet accident, il se plaint de cervicalgies, de vertiges et de céphalées. Dans son rapport du 21 mai 2005, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr O _____, chirurgien, constate que son examen clinique est superposable à celui de septembre 2004 et lors du séjour à la CRR. La situation n'est pas stabilisée et l'incapacité de travail perdure. Dans son rapport du 12 juillet 2005 à la Dresse M _____, le Dr P _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate un début d'arthrose fémoro-tibiale interne, insuffisante pour l'indication d'une ostéotomie de valgisation. Il propose des séances de visco-supplémentation ou une infiltration à base de cortisone, ce qui ne permettrait néanmoins pas à l'assuré de travailler en raison de ses différentes autres pathologies. Il pense en outre qu'il est totalement illusoire de vouloir le faire travailler, notamment dans un métier lourd. Le 26 septembre 2005, l'assuré est examiné de nouveau par le Dr O _____ de la SUVA. Il se plaint de problèmes au niveau de l'épaule droite avec troubles de la mobilité en élévation, de douleurs du genou à la marche, en position debout ou assise prolongée avec difficultés de monter ou descendre les escaliers et l'impossibilité de marcher en terrain inégal, ainsi que de douleurs cervicales basses. Il suit un traitement médicamenteux pour un problème épileptique datant de l'adolescence. Le Dr O _____ constate que l'assuré a une mobilité de la tête et de la colonne cervicale sans aucune restriction, alors que l'autolimitation est évidente pendant l'examen. Dans son appréciation, ce médecin indique que l'examen clinique est pauvre et en discordance avec les plaintes algiques. Les examens radiologiques ne mettent en évidence qu'une discrète arthrose débutante au niveau du compartiment interne des deux genoux. Au niveau cervical, il fait remarquer qu'il s'agit d'une contusion bénigne. Les examens complémentaires n'ont montré aucune lésion de type traumatique. Les conséquences délétères de l'accident, concernant le traumatisme cervical, sont éteintes. Les limitations pour le genou gauche sont les suivantes : pas de surcharge, ni de position debout ou assise prolongée, ni de marche sur de longues distances, ni monter ou descendre fréquemment les escaliers, ni d'activité en terrain inégal. Dans une activité respectant ces restrictions, privilégiant les changements de position et la position assise, l'assuré pourrait travailler à plein temps avec un plein rendement, compte tenu des seules séquelles au genou gauche. Par décision du 29 septembre 2005, la SUVA met fin aux prestations avec effet au 31 octobre 2005. Selon l'avis médical du 10 mai 2006 du médecin-conseil de l'OCE, l'assuré présente une incapacité de travail définitive aux motifs suivants : "Tenant compte de nombreux facteurs, avec surtout un manque de motivation évident, il me semble que ce patient ne pourrait plus travailler." A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), l'assuré est soumis, en novembre 2006, à une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertise médicale de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Dans leur

rapport du 6 mars 2007, les Drs Q _____, spécialiste en médecine interne, R _____, spécialiste en médecine interne, et S _____, psychiatre, mentionnent que l'expertisé se plaint de gonalgies gauches permanentes, présentes dès le réveil, augmentant à la marche de plus de 300 mètres, à la descente et en manœuvre d'accroupissement. Il rapporte également des lâchages du genou. Il ne peut se mettre à genoux ni rester assis ou immobile et doit se lever régulièrement après 10 minutes à une heure. Il souffre aussi de douleurs quotidiennes de l'épaule droite, depuis 2003, augmentant à la mobilisation et lors du port de charges de plus de 5 kilos, et à l'épaule gauche depuis l'accident de mai 2005, quotidiennes, de caractère mécanique. A cela s'ajoutent des cervicalgies, des vertiges et des céphalées. Il n'a cependant pas de troubles de la concentration ni de la mémoire. Il dit également avoir des lombalgies basses occasionnelles et des douleurs à la main droite. La consultation de psychiatrie effectuée par la Dresse S _____ ne met pas en évidence un diagnostic psychiatrique ni des éléments en faveur d'un trouble de la personnalité. La Dresse S _____ n'exclut pas une composante somatoforme au tableau clinique présenté par l'expertisé. Le Dr T _____, neurologue, retient un examen clinique révélant une nuque de mobilité difficilement appréciable, une possible petite atteinte radiculaire S1 gauche séquellaire, mais sans élément en direction d'une atteinte médullaire et d'éléments en direction d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse. Il n'y a pas d'atteinte structurelle significative du système nerveux. Ainsi, le Dr T _____ estime, en ce qui concerne les sensations vertigineuses, que des facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans cette composante de symptomatologie, même s'il est tout à fait envisageable que celle-ci soit apparue dans les suites du whiplash. Dans l'appréciation globale, les experts retiennent une diminution importante de la capacité de travail dans une activité lourde, comme celle d'horticulteur ou d'employé à la voirie. La capacité de travail est probablement complète dans une activité adaptée, ne comportant pas de port de charges lourdes ni de charges légères à répétition, privilégiant les changements de position et la position assise, en évitant les surcharges du genou gauche, le maintien des positions debout ou assises prolongées, la marche de longue distance, la montée ou la descente fréquente des escaliers et la marche en terrain inégal. Au vu de l'épuisement progressif des ressources psychiques, les experts retiennent une diminution de rendement de 20 à 30 %. Le pronostic est réservé, vu la composante somatoforme. Enfin, un reclassement professionnel est judicieux. Dans son avis médical du 17 avril 2007, la Dresse U _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR) retient une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée, dès le 26 septembre 2005. Depuis décembre 2004, l'assuré est apte à être réadapté à 50 %, selon ce médecin. Le 16 novembre 2007, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI procède à une comparaison de salaires. Selon son calcul, le degré d'invalidité est de 64% pour un taux d'incapacité de travail de 50% et de 41,9 % pour un taux de capacité de 100% avec une diminution de rendement de 20 %, en tenant compte d'une réduction de 15 % des salaires statistiques retenus à titre de salaire avec invalidité. Le 11 décembre 2007, l'assuré subit une cure de tunnel carpien gauche et une neurolyse ulnaire au coude gauche. Par décision du 3 septembre 2008, l'OAI accorde à l'assuré rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir une rente entière dès le 16 juillet 2004, un trois-quarts de rente dès le 1 er mars 2005 et un quart de rente dès le 1 er décembre 2005. L'assuré recourt contre cette décision. Par décision du 23 septembre 2008, la SUVA met fin aux prestations au 31 octobre 2008. Le 21 octobre 2008, le Dr V _____ du Service de chirurgie des

Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) revoit le patient après un épisode d'infiltration. Dans son courrier du 22 octobre 2008 à la Dresse M _____, il mentionne que, selon le patient, la douleur dans le bras gauche ne s'est pas améliorée et qu'il présente également des lâchages et une faiblesse de la main droite de manière assez répétitive. Au vu de l'échec des traitements d'infiltration et de la corrélation assez nette entre une hernie discale C6-C7 assez volumineuse comprimant la racine C7 et une cervico-rachialgie gauche, ce médecin estime indiqué un traitement chirurgical par discectomie C6-C7 et la mise en place d'une cage. Du 29 janvier au 2 février 2009, l'assuré est hospitalisé au Service de neurochirurgie des HUG. Le 30 janvier 2009, il subit une double dyscectomie C5-C6 et C6-C7 avec mise en place d'une cage C5-C6 et prothèse cervicale en C6-C7 par le Dr V _____. Les suites postopératoires sont bonnes et sans complications, selon le rapport du 3 février 2009 des Dr V _____ et G _____ des HUG. Ils attestent par ailleurs une incapacité de travail du 29 janvier au 3 février 2009. Par arrêt du 8 avril 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) admet partiellement le recours, annule la décision du 3 septembre 2008, en ce qu'elle a refusé une rente d'invalidité entière au recourant à compter du 1^{er} mars 2009 et la confirme pour le surplus. Il renvoie enfin la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter du 1^{er} mars 2005. Par décision du 20 mai 2009, la SUVA accorde à l'assuré une rente d'invalidité de 652 fr. 70 correspondant à une incapacité de gain de 24 %. Ce faisant, elle considère qu'il est à même, en ce qui concerne les seules séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à 100 %, à condition qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout. Les 11 février, 8 et 10 mars 2010, l'assuré est examiné par les experts du Bureau romand d'expertises médicales (BREM), à savoir le Dr W _____, rhumatologue, la Dresse A _____, psychiatre, et le Dr B _____, neurologue. L'assuré se plaint de fortes douleurs aux niveaux de la colonne cervicale, du trapèze gauche et du membre supérieur gauche, présentes nuit et jour avec une augmentation lors d'efforts. Il dit aussi souffrir de douleurs au niveau du genou gauche, augmentant à la marche, à la montée ou à la descente, avec impression de lâchage, mais sans tomber. L'examen neurologique ne met en évidence que de très discrets stigmates évocateurs d'une souffrance sensitive du nerf médian au niveau du tunnel carpien. Quant aux cervicalgies, elles ne sont pas d'ordre radiculaire. Toutefois, l'existence de contractures musculaires diffuses pourraient expliquer une partie de cette symptomatologie. Les experts retiennent les diagnostics de cervico-brachialgie gauche depuis mai 2005, de status après cure d'un tunnel carpien gauche et neurolyse du nerf gauche en décembre 2007, de status après dyscectomie C5-C6 et C6-C7 en janvier 2009, ainsi que de gonalgies chroniques à gauche avec status avec une double arthroscopie pour la résection des ménisques internes. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, présente depuis jeune adulte avec périodes d'abstinence et nouvelle rechute depuis plusieurs mois, un syndrome de dépendance au tabac, une cardiopathie hypertrophique avec des troubles du rythme à type tachycardie supra ventriculaire et une épilepsie essentielle depuis l'âge de 16 ans. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % depuis mai 2005. Sur le plan somatique, le Dr W _____ constate d'abord un blocage quasi complet de la nuque, qui disparaît toutefois complètement lorsque l'assuré est hors de la vue ou lorsque son attention est distraite. Quant aux limitations, il ne doit plus porter de charges lourdes de plus de 15 kilos et faire des mouvements répétitifs avec la colonne vertébrale. La montée et la descente d'échelles ou d'échafaudages, ainsi que la position accroupie ou à

genoux lui sont également interdites. Sur le plan psychiatrique, il est retenu que l'assuré présente depuis jeune adulte des traits émotionnellement borderline, état limite, se manifestant par des conflits relationnels, des changements fréquents d'employeur, des difficultés affectives et une difficulté à maintenir des liens. Cependant, ce trouble est resté compensé et ne l'a pas empêché de travailler jusqu'en 2003. A part une dépression réactionnelle dans un contexte de surcharge professionnelle il y a 30 ans environ, l'assuré n'a pas nécessité de suivi psychiatrique et ni traitement psychotrope. Il fonctionne par ailleurs dans son quotidien. L'expert-psychiatre retient également des discordances entre l'importance des douleurs alléguées et ses observations. Il n'y a pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence de détresse émotionnelle et de conflit psychique majeur. Quant au syndrome de dépendance à l'alcool, il entraîne une démotivation, une difficulté à se projeter dans l'avenir, sans entraîner de maladie psychique ou de troubles psycho-organiques. Les traits de personnalité n'atteignent pas un seuil suffisant pour retenir un trouble de la personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique au quotidien. Néanmoins, le pronostic est défavorable, l'assuré s'estimant dans l'incapacité de travailler, même à temps partiel. Selon le rapport du 3 juin 2010 du Dr. C_____ du Service de neurochirurgie des HUG, l'évolution au niveau de la colonne cervicale est cliniquement stable avec persistance de douleurs cervicales irradiant dans les épaules des deux côtés, parfois dans les bras. L'examen neurologique est dans la norme, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur aux membres supérieurs et inférieurs ni de signes de myélopathie. Ces cervicalgies sont donc sans substrat radiologique et probablement en lien avec un déséquilibre local au niveau de la musculature cervicale en rapport avec la prothèse C6-C7. Dans son avis médical du 17 août 2010, le Dr D_____ du SMR retient, sur la base de la dernière expertise, que la capacité de travail est de 100 % dès le 1^{er} mai 2005 dans une activité adaptée qui devrait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Le 8 février 2011, une IRM lombaire est effectuée qui objective une petite hernie discale L4-L5 droite, entrant en conflit avec la racine L5 à droite, qui s'ajoute à une discopathie protrusive L2-L5, rétrécissant de manière modérée le canal lombaire à ce niveau. Convoqué à un stage d'orientation professionnelle par l'OAI, l'assuré lui transmet le 17 février 2011 le rapport relatif à l'IRM lombaire précitée et le rapport du 3 juin 2010 du Dr C_____, ainsi qu'un certificat de la Dresse M_____. Cette dernière atteste qu'il souffre de cervicalgies persistantes, malgré l'opération, mises sur le compte d'un déséquilibre local au niveau de la musculature avec une raideur de nuque et nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques. En raison des lombalgies récurrentes, sur hernie discale L4-L5, elle a prescrit des séances de physiothérapie et majoré le traitement antalgique. Néanmoins, les lombalgies sont toujours très importantes. Cela étant, ce médecin estime que le patient ne peut que difficilement faire le stage organisé par l'assurance-invalidité, ne pouvant pas rester longtemps debout et se déplaçant difficilement. L'augmentation des antalgiques entraîne également des problèmes de somnolence. Dans son rapport du 9 mars 2011, la Dresse M_____ confirme que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé avec une exacerbation récente de lombalgies chroniques, accompagnées de sciatalgies à droite. La compliance est optimale, il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. La capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité. Dans son avis médical du 11 avril 2011, le Dr D_____ du SMR maintient que l'assuré a une capacité de travail de 100 %. Il estime notamment, en ce qui concerne la hernie discale à droite en conflit avec la racine L5, qu'il n'existe aucun critère de gravité. Les limitations fonctionnelles ne justifient pas une incapacité de travail dans toute activité et permettent un

travail en station assise. Dans son rapport du 3 octobre 2011, la division de la réadaptation professionnelle de l'OAI mentionne avoir proposé à l'assuré un nouveau stage d'orientation professionnelle, ce que ce dernier a refusé, estimant être en incapacité de travail totale. Cela étant, l'OAI évalue l'invalidité de manière théorique à 36 % Le 10 octobre 2011, l'OAI fait parvenir à l'assuré un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité d'un quart dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en retenant une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sur la base de la dernière expertise et les avis médicaux du SMR. Le 13 octobre 2011, l'assuré prend contact avec l'OAI par téléphone. Il conteste avoir refusé de faire le stage, mais dit qu'il ne peut pas prendre le bus du fait qu'il a peur de se faire mal. Il n'arriverait même pas à venir à l'OAI en raison de ses douleurs. Il a également fait une crise d'épilepsie en juin 2011. Par courrier du 13 octobre 2011, l'assuré confirme les termes de l'entretien téléphonique susmentionné. Il ajoute qu'il a une femme de ménage du service social pour l'aider dans les tâches ménagères, que le moindre déplacement est une corvée en raison des douleurs présentes 24 heures sur 24. Par décision du 15 novembre 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité. Par acte du 22 décembre 2011, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} mars 2005. Subsidièrement, il conclut à l'octroi d'une demi-rente et au renvoi du dossier à l'intimé pour exécution de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 avril 2009, sous suite de dépens. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé, sous forme d'une exacerbation des lombalgies chroniques avec sciatalgies à droite, sur hernie discale L4-L5 en conflit avec la racine L5 droite. Il met également en cause la valeur probante de l'expertise du BREM, considérant qu'il ressort de celle-ci que les experts ont eu des préjugés à son égard, en faisant état de discordances entre l'importance des plaintes alléguées et leurs observations. A cet égard, il conteste exagérer ses douleurs. Quant à l'expert-psychiatre, il n'a procédé à aucun test. En outre, les experts du BREM n'ont pas indiqué pourquoi ils s'écartaient des diagnostics et des conclusions de l'expertise de 2006. Notamment, le Dr W _____ n'a pas retenu des lombalgies intermittentes comme mentionné dans cette dernière expertise alors même que, quelques mois plus tard, une discopathie L4-L5 a été mise en évidence. Il lui reproche également de ne pas l'avoir soumis à un examen cardiologique ni à un examen concernant l'épilepsie. L'expert-psychiatre n'a pas justifié pour quelles raisons son appréciation médicale diffère de celle de l'expertise de 2006, notamment en s'interrogeant si les accidents de 2003 et de 2005 ont pu provoquer une décompensation psychique des traits de personnalité. Il estime plus cohérents les rapports médicaux de la Dresse M _____ Il en résulte notamment que son état de santé a empiré depuis 2006. En outre, en supprimant sa rente d'invalidité, l'intimé a procédé à une reformatio in pejus, d'autant plus injustifiable que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait lui-même admis que l'état de santé du recourant s'était aggravé, au moins depuis 2007. Il relève par ailleurs que la SUVA a évalué sa perte de gain à 24 %, pour les seules atteintes du genou gauche, et a versé des indemnités journalières pour les conséquences de l'accident jusqu'au 26 novembre 2006. Le recourant estime dès lors que l'intimé devrait aussi admettre une incapacité de travail jusqu'à cette date. Toutefois, selon le médecin-conseil de l'OCE, son incapacité de travail est définitive. Le recourant critique les experts du BREM en ce qu'ils ont retenu une capacité de travail à partir de mai 2005, alors qu'il venait de subir un accident avec un "coup de lapin" au début de ce même mois. Enfin, le recourant met en cause le calcul de sa perte de gain. Dans son avis médical du 19 janvier 2012, le Dr E _____ du SMR se détermine sur le recours.

Il estime qu'il n'y a pas de nouveaux éléments d'ordre médical susceptibles de modifier les précédentes conclusions du SMR. Les atteintes lombaires ont été prises en compte dans les précédents rapports du SMR et dans l'expertise du BREM. Le Dr W _____ les a mentionnées dans les plaintes du recourant. Les rapports de la Dresse M _____ ne sont pas convaincants, en ce qu'elle estime que la capacité de travail est nulle dans toute activité. Tout en admettant qu'une reprise d'activité semble difficile, le médecin du SMR est de l'avis que cela n'est pas en rapport avec les atteintes à la santé du recourant. Dans sa réponse du 24 janvier 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'expertise du BREM satisfait aux critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. La situation médicale ayant été investiguée à satisfaction, une nouvelle expertise ne se justifie pas. Pour le surplus, il se fonde sur le dernier avis médical du SMR. Le 7 février 2012, la Cour de céans informe les parties qu'il a l'intention de soumettre le recourant à une expertise médicale judiciaire et de la confier au Dr F _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Elle leur communique également la mission d'expertise. Le 13 février 2012, l'intimé fait savoir à la Cour de céans qu'il ne soulève aucun motif de récusation et ne juge pas nécessaire de compléter la mission de l'expert. Par écritures du 22 février 2012, le recourant demande que l'expertise soit effectuée au cabinet du Dr F _____ à Genève et sollicite que la mission de l'expert soit complétée. EN DROIT Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En l'occurrence, l'intimé a mis en oeuvre une expertise multidisciplinaire après le renvoi de la cause suite à l'arrêt du avril 2009 du Tribunal cantonal des assurances sociales. Toutefois, cette expertise paraît incomplète en ce qu'elle ne mentionne pas, dans les diagnostics, les lombalgies du recourant. De surcroît, postérieurement à cette expertise, une hernie discale au niveau lombaire a été mise en évidence. De surcroît, les conclusions de cette expertise ne sont pas convaincantes, en ce qu'elle conclut à une capacité de travail de 100 % à partir de mai 2005, alors même que le recourant a subi ce même mois un accident de la circulation provoquant une distorsion cervicale. Compte tenu de ces éléments, il s'avère nécessaire de mettre en oeuvre une expertise judiciaire. Celle-ci sera confiée au Dr F _____. Cependant, dès lors que le Dr F _____ semble avoir seulement son domicile dans le canton de Genève, il ne sera vraisemblablement pas possible que l'expertise ait lieu dans ce canton, comme le recourant le requiert. Quant aux compléments de la mission d'expertise sollicités par le recourant, il en sera en large partie tenu compte, étant précisé qu'il va de soi qu'une expertise doit contenir une anamnèse, les plaintes subjectives et constatations objectives, sans qu'il soit nécessaire de le préciser. Il n'y a cependant pas lieu d'inviter l'expert à s'entourer au besoin de l'avis d'un psychiatre, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une expertise pluridisciplinaire. En ce qui concerne le complément souhaité de la 1 ère question, il ne paraît pas adéquat, le terme de "classification internationale" se référant généralement aux atteintes psychiatriques, alors que l'expert judiciaire devra se prononcer sur les atteintes somatiques. Le complément suggéré pour la 6 ème question se rapporte essentiellement à la forme, de sorte qu'une reformulation de cette question ne s'impose pas. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise judiciaire médicale. La

confie au Dr F_____. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de M. H_____. Examiner personnellement l'expertisé. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant, s'agissant des atteintes orthopédiques. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels diagnostics des atteintes à la santé de Monsieur H_____ posez-vous sur le plan somatique ? Quelles limitations fonctionnelles engendrent ces atteintes ? Les douleurs au niveau de la colonne cervicale, du trapèze gauche et du MSG sont-elles compatibles avec les atteintes à la santé diagnostiquées ? Estimez-vous le cas échéant qu'elles sont, selon toute vraisemblance, en lien avec un déséquilibre local au niveau de la musculature cervicale en lien avec la prothèse C6-C7, selon l'hypothèse émise par le Dr C_____ du service de neurochirurgie des HUG (rapport du 3 juin 2010, document 147 OAI) ? Quelle est la capacité de travail de l'expertisé ? Sur la base du dossier médical et de vos constatations, peut-on admettre une amélioration de l'état de santé de l'expertisé et une capacité de travail de 50 % depuis décembre 2004, comme l'a retenu le SMR ? Suite à l'accident en mai 2005, pendant combien de temps l'expertisé a-t-il présenté une incapacité de travail totale, selon les renseignements ressortant notamment du dossier médical de la SUVA ? Peut-on notamment admettre une amélioration de la capacité de travail, le cas échéant à combien de pour cent, à partir du 26 septembre 2005, comme retenu par le SMR ? Comment a évolué la capacité de travail de l'expertisé entre mai 2005 à ce jour ? Dans l'hypothèse où une baisse de rendement de 20 à 30 % dans une activité adaptée devrait être retenue pour des raisons psychiatriques, conformément à l'expertise de 2006, à combien évaluez-vous le taux de capacité de travail total dans une activité adaptée, en tenant également compte des atteintes somatiques ? Pourquoi vous écarterez-vous, le cas échéant, de l'expertise du BREM ? Quel est votre pronostic ? Invite le Dr F_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. Réserve le fond. La greffière Diana ZIERI La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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