

GE_GERICHTE A/888/2008 vom 16. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_888_2008

FR: GE_GERICHTE A/888/2008 du 16 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE A/888/2008 del 16 gennaio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.01.2009
A/888/2008

A/888/2008 ATAS/29/2009 du 16.01.2009 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/888/2008 ATAS/29/2009 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 16 janvier 2009 En la cause Monsieur S _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Alain DROZ Recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 Intimé EN FAIT Monsieur S _____ (ci-après le recourant), né en 1953, originaire de Serbie et Monténégro, n'a jamais été scolarisé. A l'âge de 23 ans, le recourant est arrivé en Suisse, où il a travaillé dans la restauration à Genève comme aide de cuisine jusqu'au mois de mai 1999. Le 22 juillet 2003, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'une rente. Il a fait part de problèmes de vue, de dos, de diabète et de poids. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 24 septembre 2003, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué que le recourant souffrait de diabète non insulino-dépendant, d'obésité, d'une insuffisance veineuse chronique aux membres inférieurs et d'une blépharo-conjonctivite mixte sévère. Il est également connu pour une hypertension artérielle (HTA) traitée, sans répercussion sur la capacité de travail. Les atteintes à la santé existaient depuis environ cinq ans et l'incapacité de travail était de 100% dès le 18 janvier 2001. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr A _____ expliquait que le recourant était incapable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici, qu'il devait éviter la même position du corps pendant longtemps, la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il a joint un rapport établi par le Dr B _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, du 27 mars 2002, à l'attention du Prof. C _____, chef de service à la Clinique ophtalmologie de l'Hôpital cantonal, aux termes duquel le recourant souffrait d'une blépharite importante et d'une baisse d'acuité visuelle sévère d'origine indéterminée à ce jour. Ce médecin relevait avoir revu le recourant à trois reprises depuis le début de l'année, sans jamais obtenir une vision meilleure que celle de ce jour. Il n'avait pas d'explication pour cette baisse de vision, ni à l'examen clinique ni à l'angiographie. Quant à la périmétrie automatisée, le champ visuel (CV) aboli de l'œil droit était en contradiction avec l'examen du CV aux doigts. Le 29 août 2005, le Dr B _____ a établi un certificat médical aux termes duquel le recourant présentait (d'après les résultats des tests subjectifs) apparemment une malvoyance légère à modérée au sens des critères OMS. A la demande de l'OCAI, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a effectué un examen clinique bi-disciplinaire du recourant en date du 16 décembre

2005. Celui-ci a été examiné par les Dr D _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, et E _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise. A l'examen, le status général était moyen pour l'âge, le status neurologique était dans les limites de la norme, s'agissant des membres supérieurs et inférieurs; quant aux nerfs crâniens, la mesure de l'acuité visuelle à 5 mètres avec des optotypes était en-dessous de 0.1, le recourant ne parvenait pas à dire dans quel sens se trouvait la plus grande figure et à 5 mètres, il n'arrivait pas à décrire la couleur de la chemise de l'examineur. Il était incapable de compter les doigts en vision binoculaire à deux mètres. Sur le plan ostéoarticulaire, une diminution de la mobilité du coude est constatée, mais aucun signe d'arthrite ou de ténosynovite aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs. Les points de fibromyalgie étaient positifs, la manœuvre de Lasègue est ressentie comme très douloureuse. Au status psychiatrique, le recourant est orienté dans les trois modes, très peu collaborant, théâtral et démonstratif, tant par les gestes et la mimique que par la parole, faisant constamment état de sa souffrance physique et de sa vie difficile. Une tendance à la logorrhée est notée avec réponses "circonlocutoires" ou circonscrites qui n'ont plus aucun rapport avec les questions posées. Le médecin a relevé la présence d'une anxiété dont il était difficile de savoir si elle était authentique; il n'y avait pas de perte d'énergie ou de volonté ni de fatigabilité ou d'auto-reproche. Les plaintes répétitives, et la plupart du temps hors contexte, étaient essentiellement en rapport à son état physique. Aucun retrait social n'est observé. Les médecins n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail, ont été posés: majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lombalgies chroniques non-déficitaires dans un contexte de discopathie et troubles dégénératifs postérieurs, status post-opération de la cataracte droite, blépharite chronique, obésité de classe 2, diabète non insulino-requérant, hypertension artérielle. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les médecins relèvent que le Dr B _____ a vu le recourant à plusieurs reprises depuis 2002 pour une inflammation des paupières, mais également pour une baisse de l'acuité visuelle décrite comme sévère par le recourant, dont l'étiologie est restée mal déterminée. Ce médecin a relevé une discordance entre le champ visuel automatisé et le champ visuel aux doigts, et n'a pas retenu de complication ophtalmologique liée au diabète. Il n'y avait pas de rétinopathie. Les éléments du dossier à disposition sont restés peu contributifs pour expliquer une incapacité de travail totale. Le comportement algique était très démonstratif, les limitations de la mobilité ne sont pas expliquées par une atteinte rhumatismale, que ce soit inflammatoire ou dégénérative. Le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait pas être retenu en raison de douleurs diffuses, dépassant largement les sites décrits. Au niveau du rachis, il existait des troubles statiques banaux, ainsi que des douleurs multi-étagées de toute la colonne, prédominants au niveau lombaire bas. Sur le plan psychiatrique, aucune symptomatologie dépressive, susceptible d'être intégrée dans un ensemble diagnostics selon la CIM-10, ne pouvait être mise en évidence. En conclusion, les médecins estimaient qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé d'ordre physique ou psychique justifiant une incapacité de travail prolongée dans l'ancienne profession d'aide de cuisine. La majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (compensation financière sous la forme d'une rente) était au premier plan, mais ne justifiait pas une telle incapacité de travail. L'état de santé est resté stationnaire, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, par ailleurs adaptée à l'état de santé du recourant, était de 100%. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 28 mars 2006, le Dr

Ali H _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2), difficultés liées à l'acculturation (Z60.3), absence des membres de la famille (Z63.3), difficultés liées au logement et aux conditions économiques ainsi qu'à la maladie de son épouse (63.8), depuis plusieurs années. Le psychiatre a indiqué que le recourant souffrait de dysthymie, de dysphorie, de troubles émotionnels, d'un rétrécissement du champ de conscience, d'aproxexie et d'apragmatisme et qu'il présentait un trouble de la personnalité. L'incapacité de travail était de 100% tant dans la précédente activité que dans une activité adaptée, et ce en raison de la gravité de la symptomatologie. Par décision du 27 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi, et que sa capacité de travail était de 100% dans son activité professionnelle habituelle d'aide de cuisine. Par décision du 22 juin 2006, l'intimé a rejeté l'opposition du recourant, considérant que le rapport d'examen SMR remplissait pleinement les conditions fixées par la jurisprudence fédérale pour se voir accorder une pleine valeur probante. Le recourant a interjeté recours le 28 août 2006 contre cette décision et a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique et psychiatrique. Le 25 septembre 2006, le recourant a communiqué au Tribunal copie d'un rapport établi le 21 septembre 2006 par le Dr B _____, aux termes duquel l'atteinte du champ visuel correspondait à une cécité quasi-totale qui n'était pas compatible avec l'autonomie du recourant dans la vie courante en ce sens qu'il paraissait difficile de comprendre que celui-ci puisse, avec un tel champ visuel, se rendre à la consultation seul depuis son domicile et en transports publics. Il posait la question de la fiabilité des tests, qui étaient dépendants de la compréhension et de la collaboration du recourant. Le médecin a soutenu que l'abord psychologique du recourant laissait également percevoir à son sens une souffrance psychique évidente et sollicitait dès lors la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique, neuro-psychologique ou encore neuro-ophtalmologique, qu'il jugeait indispensable. Par arrêt du 21 février 2004, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé les décisions des 27 avril et 22 juin 2006 de l'intimé et renvoyé la cause à l'OCAI pour qu'il mette en œuvre une expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique. En effet, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, posé par le Dr B _____ ainsi que les déclarations de ce dernier concernant la souffrance psychique ressentie par le recourant, étaient de nature à mettre en doute la valeur probante du rapport SMR. De plus, aucune expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique comme sollicité par le Dr B _____ n'avait été effectuée afin de clarifier la situation du point de vue de l'acuité visuelle, pourtant déterminante s'agissant de la capacité de travail. L'OCAI a ainsi mandaté le Dr F _____ pour qu'il procède à une expertise neuro-ophtalmologique et le Prof. G _____ pour une expertise neuropsychologique. Le Dr F _____ a reçu le recourant en date du 26 septembre 2007 et a établi son rapport d'expertise en date du 10 octobre 2007. Il indique qu'objectivement et sur le plan ophtalmologique, il n'existe aucun diagnostic certain ayant une répercussion sur la capacité de travail et pose les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après opération de la cataracte et implant de chambre postérieure des deux yeux depuis 1998, d'anisocorie avec correctopie droite post-opératoire depuis 1998 et de blépharite chronique modérée depuis des années. Il indique qu'il existe une discordance très nette entre les plaintes subjectives et les constatations objectives qu'il est possible de faire dans les limites dans lesquelles le recourant se laisse examiner. Les performances du recourant sont "effondrées" le jour de l'examen, toutefois, le médecin ne peut pas objectiver une quelconque pathologie oculaire

qui permettrait d'expliquer un tel effondrement de la fonction visuelle. Il n'existe notamment pas de rétinopathie nette, ni d'atrophie optique visible, ni de net déficit pupillaire afférant relatif à droite. Il lui est impossible de se prononcer quant à la capacité visuelle réelle de ce recourant, un minimum de collaboration et de coopération étant nécessaire. Il soutient que l'importante composante fonctionnelle non-organique surajoutée présentée par le recourant résulte vraisemblablement d'un problème psychique ou mental. Il avance également que la composante fonctionnelle pourrait résulter d'un syndrome de conversion ou d'une simulation. En se basant uniquement sur les atteintes oculaires objectivables, le médecin conclut qu'il existerait une entière capacité de travail comme aide-cuisinier. Cependant, il doute que le recourant puisse exercer une quelconque activité tant que l'importante composante fonctionnelle non-organique surajoutée sera présente. Il remarque enfin que les problèmes du recourant sont plus du ressort de ses collègues psychiatres et recommande qu'une expertise psychiatrique soit entreprise. Par ailleurs, le Prof. Stéphanie G _____ E, médecin-chef du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier vaudois (CHUV) et Astrigh LINDEMANN, psychologue associée ont examiné le recourant les 23 et 29 octobre 2007. Elles indiquent que malgré les explications détaillées fournies lors des deux entretiens, le recourant, qui présente une tendance logorrhéique avec réponse à côté, refuse de participer à l'examen, invoquant les problèmes de diabète et plus largement les multiples problèmes de santé auxquels il est confronté, de sorte qu'une investigation neuropsychologique n'a pas de sens. Par avis du 5 décembre 2007, le SMR a constaté l'absence de collaboration du recourant qui rend plausible la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques diagnostiquées lors de l'examen au SMR, de sorte que l'expertise bidisciplinaire du SMR resterait valable. Par projet de décision du 14 décembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité du recourant, sa capacité de travail, tant sur le plan physique que psychologique, étant entière dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Par décision du 13 février 2008, l'OCAI a confirmé le projet de décision précité. Par acte du 17 mars 2008, le recourant interjette recours à l'encontre de cette décision et conclut préalablement, qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée et principalement qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et que des dépens lui soient versés. Par avis du 7 mai 2008, le SMR a rappelé que lors de l'expertise bidisciplinaire, le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'avait trouvé aucune pathologie psychiatrique et avait uniquement conclu à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. De plus, en raison du manque de collaboration du recourant, il a considéré que toute évaluation ultérieure était inutile. Par réponse du 16 mai 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'examen bidisciplinaire a pleine valeur probante et que ses conclusions sont corroborées par les résultats des récentes expertises. Par réplique du 20 juin 2008, le recourant précise que les conclusions du Dr F _____ selon lesquelles sa capacité de travail serait entière sont contredites par le Dr B _____, évaluant son acuité visuelle à 0.05 odg, ce qui correspond à une malvoyance sévère. Son état de santé est ainsi manifestement incompatible avec son activité d'aide de cuisine. Par duplique du 8 juillet 2008, l'OCAI persiste également dans ses conclusions. Par courrier du 17 novembre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties de ce qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique, a communiqué les questions qu'il désirait poser, et leur a fixé un délai pour qu'elles puissent le cas échéant indiquer les questions supplémentaires à soumettre à l'expert. Par courrier du 15 décembre 2008, l'OCAI a produit un avis médical du Dr VOLLENWEIDER, médecin du SMR, qui a sollicité que l'expertise devant être

conduite comporte également un examen neuropsychologique. Le recourant, quant à lui, ne s'est pas prononcé. Suite à la transmission du courrier de l'OCAI au recourant, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de

l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) En l'espèce, dans son arrêt du

21 février 2007, le Tribunal de céans avait renvoyé la cause à l'OCAI afin que soit mise en œuvre une expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique. La valeur probante du rapport SMR avait été mise en doute. En effet, alors que les experts SMR estimaient qu'il n'y avait pas de symptomatologie dépressive susceptible d'être intégrée dans un ensemble diagnostique selon la CIM-10, le Dr H_____ avait, en mars 2006, posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2) et le Dr B_____ avait noté dans son rapport du 21 septembre 2006 que l'abord psychologique du recourant laissait percevoir une souffrance psychique évidente. Le Dr H_____ avait également indiqué que le recourant présentait un trouble de la personnalité ainsi qu'une dysthymie, une dysphorie, des troubles émotionnels, une aprosexie, et un apragmatisme, symptômes qui ont été niés ou pas du tout évoqués par l'expert psychiatre du SMR. Quant au Dr B_____, il avait suggéré une prise en charge psychiatrique et souligné la nécessité d'une évaluation et d'une prise en charge psychiatrique ou neuropsychologique. Dans son expertise neuro-ophtalmologique, le Dr F_____ conclut qu'il n'existe, sur le plan ophtalmologique, aucun diagnostic certain ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. En effet, il indique que ses performances sont "effondrées", mais qu'il n'y a aucune explication objective à un tel effondrement. Le neuro-ophtalmologue pense qu'il existerait une importante composante fonctionnelle non-organique surajoutée résultant vraisemblablement d'un problème psychique, mental ou encore d'un syndrome de conversion ou d'une simulation. Il soutient que les problèmes du recourant sont plutôt du ressort de ses collègues psychiatres et non du sien, préconise qu'une expertise psychiatrique soit effectuée et conclut que la capacité de travail est nulle en raison des troubles fonctionnels non organiques surajoutés. Quant au Prof. G_____E, qui devait effectuer l'expertise neuro-psychologique, elle n'a pas pu examiner le recourant, celui-ci ayant refusé de participer à l'examen. Elle a toutefois constaté, qu'il présentait une tendance logorrhéique avec réponse à côté, ce qui avait déjà été relevé par les experts du SMR. Il ressort des constatations susvisées du Dr F_____ et du Prof. G_____E qu'il pourrait exister chez le recourant des troubles psychiatriques, psychologiques comme soupçonnés par le Dr B_____ et diagnostiqués par le Dr H_____. Ainsi, la quasi-totalité des médecins, qu'ils aient examiné le recourant en tant que médecin traitant ou en tant qu'expert sont d'avis que le recourant souffre de troubles psychiques et peut-être de troubles neuropsychologiques. Cependant, hormis le rapport du Dr H_____, aucun autre avis psychiatrique détaillé n'a été établi infirmant ou confirmant de manière convaincante ses conclusions. Certes, le Prof. G_____E n'a pas pu effectuer les examens neuropsychologiques nécessaires, en raison du refus du recourant de s'y soumettre, celui-ci ne semblant pas comprendre pour quelle raison un tel examen était nécessaire. Toutefois, il n'en reste pas moins que les aspects psychiatriques et neuropsychologiques doivent être examinés sans quoi la cause ne saurait être considérée en état d'être jugée. Les aspects psychiatriques et neuropsychologiques devront ainsi être examinés dans le cadre du présent recours, de sorte qu'il convient d'ordonner une expertise, qui sera confiée au Dr I_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et à Docteur J_____, psychologue spécialiste FSP en neuropsychologie. On doit à cet égard rappeler au recourant que les parties ont l'obligation de collaborer à l'instruction de l'affaire et d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense pas les parties de collaborer à

l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2.1 et 412 ss consid. 3.2.2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En effet, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3, ATFA non publié du 21 novembre 2001, U 58/01, consid. 4a). Le recourant devra ainsi participer et collaborer activement à l'expertise mise en œuvre par le Tribunal de céans. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie aux Drs I _____ et J _____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité Monsieur S _____. Examiner Monsieur S _____. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes du recourant ? D'un point de vue purement psychiatrique Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Monsieur S _____ d'un point de vue psychiatrique ? Quels sont les diagnostics ? Depuis quelle date est-il présent chez Monsieur S _____ et quelle a été son évolution ? Que pensez-vous du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2) posé par le Dr H _____ le 28 mars 2006 ? Depuis quelle date est-il présent chez Monsieur S _____ et quelle a été son évolution ? Comment expliquez-vous le fait que l'expertise du SMR du 28 mars 2006 ne retienne, sur le plan psychiatrique, aucune symptomatologie dépressive susceptible de s'intégrer dans un ensemble diagnostique selon la CIM-10 ? Pensez-vous qu'il puisse exister un trouble de conversion chez Monsieur S _____ ? Pensez-vous que les troubles psychiatriques du recourant influencent son acuité visuelle ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. D'un point de vue neuropsychologique Établir un bilan neuropsychologique. D'un point de vue psychiatrique et neuropsychologique Quel traitement est-il indiqué ? Monsieur S _____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? Les problèmes psychiatriques et les résultats des tests neuropsychologiques de Monsieur S _____ influencent-ils sa capacité de travail ? Si oui, lesquels et depuis quand ? Monsieur S _____ pourrait-il, d'un point de vue psychiatrique et neuropsychologique, 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 ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans. Réserve le fond. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Louise QUELOZ La

Présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER 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.