

GE_GERICHTE ATAS/1070/2016 vom 19. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1070_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1070/2016 du 19 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1070/2016 del 19 dicembre 2016

Erwägungen

E. 26

Par acte du 28 novembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 1er août 2011, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir violé ses droits de procédure en ne prenant pas en compte sa demande de récusation visant le Dr F_____ et en s'abstenant de rendre une décision incidente. Sur le fond, il a contesté toute valeur probante au rapport d'expertise, lequel n'était pas basé sur une anamnèse complète et dont les conclusions étaient contredites par de nombreuses pièces du dossier. À l'appui de son écriture, le recourant a notamment produit : - une lettre de sortie du 2 octobre 2014 de l'unité hospitalière d'addictologie des HUG, suite à un séjour du 10 au 23 septembre 2014 pour une mise à l'abri dans le cadre de dépendance aux jeux d'argent et de gestes d'automutilations. Étaient diagnostiqués des troubles des habitudes et des impulsions, jeu pathologique (F63.0), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F12.21), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F14.21), des troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F11.20) et une schizophrénie paranoïde (F20.0). Depuis sa dernière hospitalisation, le recourant avait pu maintenir une relative abstinence de cannabis et sa consommation de cocaïne était relativement contrôlée. Lors de son admission, il décrivait des hallucinations auditives, qui n'étaient pas en augmentation. Il n'y avait pas d'idées de référence, de vol de la pensée, d'automatisme mental ou d'hallucinations visuelles. Le recourant citait en avoir eu par le passé, surtout en lien avec le cannabis, mais plus depuis

A/3668/2014 - 14/24 - plusieurs mois. Durant son hospitalisation, sa thymie s'était rapidement améliorée, avec une diminution du sentiment de culpabilité et une augmentation de la possibilité de se projeter. - Un rapport de la Fondation Phénix du 24 novembre 2014, dans lequel la Dresse I_____ a diagnostiqué, entre autres, une schizophrénie paranoïde continue (F20.0) et conclu que ce trouble psychotique, qui évoluait de manière chronique et indépendamment de la toxicomanie, était à l'origine d'une incapacité de travail totale. Au status, étaient relevés un ralentissement psychomoteur, des affects émoussés, un discours cohérent mais pauvre, des hallucinations auditives persistantes et malveillantes, une aboulie, un comportement ritualisé, un manque d'initiatives, des idées délirantes de persécution fluctuantes, partiellement critiquées. L'évolution de la polytoxicomanie était favorable car le traitement à la méthadone avait pu être interrompu en juillet 2014 et le recourant était abstinent au niveau de la cocaïne et du cannabis. S'agissant en revanche du

trouble psychotique, l'évolution était stationnaire et le pronostic réservé. La Dresse I _____ a souligné que le recourant était souvent envahi par des angoisses, des hallucinations auditives et un sentiment de persécution qui le parasitaient et interféraient avec sa capacité à poursuivre ses activités. Dès la reprise de son travail aux ateliers Trajet, il avait été envahi par des hallucinations auditives dénigrantes et se montrait interprétatif et méfiant envers ses collègues. En outre, il était dépendant au niveau du fonctionnement social (démarches administratives et entretien de son logement). La confrontation à ces difficultés était souvent angoissante et culpabilisante. Le recourant était compliant aux soins proposés, lesquels consistaient en un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, une prise en charge psychiatrique, un suivi social et une gestion du traitement médicamenteux qui comprenait deux neuroleptiques, un antidépresseur, des anxiolytiques et un somnifère.

E. 27

Dans sa réponse du 12 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a relevé que le recourant n'avait pas fait valoir de motifs de récusation valables, que son courrier du 11 mars 2014 n'était pas intervenu à temps et ne constituait pas une proposition de médecins en lieu et place de l'expert et que même s'il avait rendu une décision incidente, elle aurait confirmé la nomination de l'expert. Concernant la valeur probante de l'expertise, tous les documents avaient été transmis à l'expert, qui avait conclu qu'il s'agissait d'une toxicomanie primaire. Enfin, les nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre du recours avaient été soumis à l'appréciation du SMR, dont les précédentes conclusions demeuraient valables. L'intimé a annexé l'avis du 16 décembre 2014 de la Dresse D _____, qui estimait, s'agissant du rapport de la Dresse I _____, que la schizophrénie paranoïde continue ne pouvait pas être retenue comme un diagnostic à part puisque les symptômes psychotiques étaient l'expression de la consommation de toxiques du recourant.

A/3668/2014 - 15/24 - Pour le surplus, elle s'étonnait que le psychiatre traitant, lequel relevait également des difficultés sociales importantes, changeait régulièrement de traitements antipsychotiques sans en mesurer au préalable les effets thérapeutiques. S'agissant du rapport des HUG du 2 octobre 2014, il n'était pas question d'une décompensation psychotique car le diagnostic des troubles des habitudes et des impulsions figurait après les diagnostics de dépendance. En outre, le recourant n'était pas totalement abstinent puisqu'il consommait occasionnellement du cannabis, de la cocaïne et de l'alcool. Toutes les dépendances étaient primaires. Hormis les hallucinations auditives présentes depuis de nombreuses années et qui ne semblaient pas dépendantes de l'état psychique du recourant, aucun symptôme typique de la schizophrénie n'était retrouvé, ni de symptômes négatif persistant sous traitement neuroleptique. Le recourant présentait un critère d'exclusion au diagnostic de schizophrénie paranoïde. Partant, les nouveaux éléments ne faisaient que confirmer que le recourant présentait une dépendance multiple avec des symptômes psychotiques parfois présents qui étaient dus à la consommation de toxiques et non à une pathologie psychiatrique grave.

E. 28

En date du 6 février 2015, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a à nouveau évoqué ses griefs au sujet de sa demande de récusation de l'expert. (Ndr. Cet aspect n'est plus développé dans le présent arrêt, la question ayant d'une part été évoquée dans la décision 13 juin 2016 - ATAS/455/2016 -, et n'ayant plus de pertinence actuelle d'autre part). Le

recourant a produit un rapport du 30 janvier 2015 de la Dresse I_____, laquelle a indiqué que les diagnostics de dépendance aux opiacés, à la cocaïne et au cannabis avaient évolué puisque le recourant était actuellement abstiné pour ces trois substances, étant précisé que les quelques consommations ponctuelles de cannabis et de cocaïne n'étaient pas significatives et ne répondaient pas aux critères diagnostiques d'utilisation continue ou épisodique. Les prises d'urine des trois derniers mois attestaient de l'abstinence et du changement considérable dans le mode de consommation. Le diagnostic de trouble psychotique à type schizophrénie paranoïde chronique évoluait de façon indépendante de la problématique addictologique. En effet, malgré le changement favorable dans le mode de consommation du recourant, la schizophrénie persistait et évoluait sur un mode chronique. Les difficultés sociales témoignaient des limitations fonctionnelles du recourant et faisaient partie intégrante du tableau du trouble psychotique chronique, lequel entravait considérablement le fonctionnement du recourant. S'agissant du traitement, il n'avait pas été changé mais adapté. Depuis le séjour en milieu hospitalier de janvier 2013, le recourant bénéficiait d'une association de deux antipsychotiques à haut dosage, dont la posologie était augmentée à chaque décompensation.

E. 29

Le 13 avril 2015, l'intimé a également persisté. Étaient joints à cette écriture la demande d'expertise adressée au Dr F_____, démontrant que le dossier médical de l'intimé avait été transmis, et une appréciation du 2 mars 2015 du docteur K_____, médecin auprès du SMR. Celui-ci a considéré que les contrôles urinaires

A/3668/2014 - 16/24 - montraient une persistance de nombreuses prises ponctuelles de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une abstinence totale et durable. En outre, les lettres de sortie relatives aux hospitalisations de mars et octobre 2014 faisaient état d'une bonne évolution lors du sevrage et les signes psychotiques relatés à l'entrée n'étaient plus signalés lors la sortie, de sorte qu'il était permis de penser que lorsque le recourant était sevré de toxiques, les symptômes psychotiques disparaissaient, ce qui allait dans le sens des conclusions de l'expert. S'agissant du diagnostic de schizophrénie, on ne retrouvait aucun des signes d'une telle atteinte dans la description de l'état psychique. Aucune désorganisation de la pensée, d'attitude d'écoute pouvant faire suspecter l'existence d'hallucinations auditives ni de signe négatif n'étaient relevés. Il était même fait mention d'une nette amélioration de la symptomatologie persécutoire et hallucinatoire après la sortie de l'hôpital. À l'évidence, les symptômes psychotiques étaient en lien avec la consommation de toxique et s'amendaient complètement lors des différents sevrages. Ils ne pouvaient pas être en relation avec un diagnostic de schizophrénie.

E. 30

Par courrier du 29 janvier 2016, le mandataire du recourant a informé la chambre de céans que la situation de son client s'était aggravée, qu'il avait dû être hospitalisé et qu'une intégration dans un foyer devait être envisagée.

E. 31

En date du 20 avril 2016, la Dresse I_____ a signalé à la chambre de céans la dégradation de la situation clinique et sociale du recourant. Elle a notamment souligné que son patient peinait à répondre aux exigences d'un travail encadré aux ateliers Trajets, en dépit de ses efforts. Sa gestion des finances était problématique et il négligeait souvent son alimentation, son hygiène personnelle et son lieu de vie. L'intégration d'un foyer était devenue

nécessaire.

E. 32

Le 26 mai 2016, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui poser.

E. 33

Après avoir recueilli les prises de positions respectives des parties, la chambre de céans a, en date du 13 juin 2016 (ATAS/455/2016) ordonné l'expertise psychiatrique du recourant, aux fins d'évaluer son état psychique et pour établir s'il existe des limitations de la capacité de travail et, le cas échéant, des possibilités de traitement ou de réadaptation, et désigné à cette fin le Dr L_____.

E. 34

L'expert a rendu son rapport en date du 11 novembre 2016. Il se fonde sur l'étude du dossier, l'examen clinique de l'expertisé, effectué les 14 et 22 septembre, 5 et 27 octobre 2016 pour une durée totale de 4 heures, un contact téléphonique avec les thérapeutes de l'assuré, soit son psychiatre et le psychologue qui le suit à la Fondation Phénix, ainsi que sur une analyse de laboratoire demandé par l'expert, pour le dosage des médicaments prescrits. Après un résumé très détaillé du dossier et notamment des pièces médicales qui le composent, l'expert a dressé une anamnèse psychosociale très détaillée de l'expertisé et, relevé les antécédents

A/3668/2014 - 17/24 - psychiatriques familiaux et personnels, ainsi que l'historique de l'affection actuelle. Il a également fait l'inventaire des plaintes actuelles de l'expertisé, spontanées ou sur demande, dans le cadre de l'anamnèse psychiatrique systématique, et relevé ensuite en détail les constatations objectives que l'expert a pu faire lors du status psychiatrique. Il a ensuite procédé à une analyse minutieuse du cas, dans le cadre de la discussion, et enfin répondu à toutes les questions qui lui étaient posées, dans le cadre de sa mission : il a retenu les diagnostics suivants, selon la classification internationale CIM 10, précisant entre parenthèses la date probable d'apparition et le degré de gravité : troubles mixtes de la personnalité F61, avec traits émotionnellement labiles, évitants, dépendants et paranoïaques (depuis l'adolescence, grave) ; autres troubles psychotiques non organiques F28, (depuis 2010, moyen) ; dépendance à la cocaïne, usage épisodique FG14.26 (depuis 2012, moyen) ; jeu pathologique F63 (depuis 2012, moyen) ; dépendance aux opiacés, actuellement abstinent mais en milieu protégé F11.21 (depuis 2003, moyen) ; dépendance au cannabis, actuellement abstinent mais en milieu protégé F12.21 (depuis l'adolescence, moyen) ; dysthymie F34.1 (depuis plusieurs années, difficile à préciser, degré de gravité faible à moyen). Chacun de ces diagnostics avait été discuté préalablement. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des avis des autres médecins ayant eu à connaître de ce cas, soit tant l'expert F_____ que les médecins traitants. Le Dr F_____ ne mentionne pas le diagnostic de trouble de la personnalité, mais ne retient que des traits accentués de la personnalité n'atteignant pas, selon lui, le degré d'un véritable trouble clinique. Cette appréciation n'évalue pas à sa juste valeur la gravité des dysfonctionnements récurrents liés à la personnalité relevés en détails dans la partie clinique par le Dr L_____. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir les diagnostics de schizophrénie paranoïde, et de trouble schizo-affectif retenus lors de certaines hospitalisations. Il a également réfuté l'opinion de l'expert précédent selon laquelle les

symptômes psychotiques mis en évidence chez l'expertisé seraient exclusivement dus à la consommation de substances. La survenue de symptômes psychotiques exclusivement lors de la prise de substances n'est pas établie : elle est niée aussi bien par les médecins traitants que par l'expertisé, ce qui accredité par la persistance de tels symptômes alors que l'intéressé ne consomme pas depuis plusieurs semaines ou mois – ce qui est attesté par les analyses laboratoire ordonnées par l'expert. Il a également conclu qu'il y avait probablement eu une aggravation, documentée depuis 2010, due à l'apparition de symptômes psychotiques venus s'ajouter aux autres dysfonctionnements déjà présents depuis l'adolescence, liées au trouble de la personnalité et aux abus de substances. Il a également affirmé qu'il est certain que la fragilité de la personnalité, avec notamment la vulnérabilité de l'estime de soi et anxiété sociale majeure qui la caractérise depuis l'adolescence a favorisé la survenue de la toxicomanie. Celle-ci est apparue comme un « antidépresseur » un facilitateur des relations sociales, mais ces effets à court terme ont été vite compensés par des effets négatifs durables. Il a également indiqué que le trouble psychotique est en partie secondaire à la

A/3668/2014 - 18/24 - toxicomanie, que le traitement actuellement suivi est intensif et adéquat, l'expert ayant par ailleurs proposé quelques aménagements dans la discussion du cas. Actuellement et selon l'anamnèse, le recourant ne consomme plus de produits toxiques, ce qui est confirmé par les dosages effectués par le centre thérapeutique, ceci depuis un peu moins d'une année. Les limitations fonctionnelles décrites et motivées dans la discussion entraînent une incapacité de travail totale sur le marché du travail, et cela depuis octobre 2010, date de l'apparition documentée des troubles psychotiques, lors de la seconde hospitalisation. En tenant compte de l'importance des limitations fonctionnelles de toutes sortes, l'expert est d'accord avec le psychiatre traitant pour estimer qu'actuellement et probablement depuis octobre 2010 l'expertisé n'est pas en mesure d'assumer un emploi sur le marché du travail avec ce que cela implique de régularité sur la durée et de rendement Si l'on devait exclure l'abus de substances, l'incapacité de travail serait d'au moins 70%. Une activité lucrative ne paraît pas raisonnablement exigible. Le pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative est mauvais, du moins dans un avenir prévisible au vu de la gravité de la pathologie et de l'évolution à ce jour. La capacité de travail ne peut selon toute vraisemblance pas être améliorée par des mesures médicales.

E. 35

La chambre de céans a invité les parties à se prononcer sur cette expertise et ses conclusions.

E. 36

Le recourant s'est exprimé par la plume de son conseil, le 6 décembre 2016 : il a souligné les caractéristiques de cet expertise et a notamment observé que l'expert s'était écarté des conclusions de l'expert précédent, de façon motivée, ses conclusions étant basées sur la gravité des troubles constatés. Il a relevé que les examens réalisés avaient permis de constater l'abstinence du recourant, étant souligné que celle-ci n'a pas modifié la capacité de travail de ce dernier. Il a rappelé que l'expert avait conclu à l'incapacité totale de travail du recourant, au moins depuis 2010, cette incapacité s'expliquant en particulier par le trouble sévère de la personnalité avec symptômes psychotiques persistants, et que, compte tenu de l'état de santé de l'expertisé, aucune activité lucrative sur le marché du travail n'était raisonnablement exigible, l'état du recourant laissant envisager le placement en foyer, après

le séjour au CRMT, afin de maintenir l'encadrement thérapeutique social nécessaire, même pour les « fonctions de base » de la vie quotidienne. Dans ce contexte il a également rappelé que l'intéressé avait été mis sous curatelle. Fort de quoi il a persisté dans les termes de son recours et conclu en particulier à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2011.

E. 37

L'intimé s'est pour sa part déterminé le 7 décembre 2016 : le rapport d'expertise avait été soumis au SMR, pour appréciation. Il a annexé à son courrier l'avis médical du SMR, précisant qu'il se ralliait à ses conclusions. Selon cet avis du 25 novembre 2016, le SMR retient que l'expert explique que l'assuré est maintenant abstinent (contrôles urinaires négatifs à l'appui). L'assuré présente un trouble de la personnalité gravement décompensé, un trouble psychotique, une dysthymie et plusieurs dépendances. Il atteste une incapacité de travail totale dans le monde de

A/3668/2014 - 19/24 - l'économie et qu'une activité n'est possible qu'en atelier protégé. À lecture de ce rapport d'expertise, on constate que l'assuré étant maintenant abstinent depuis un certain temps, cela permet une évaluation plus précise des diagnostics et de leurs conséquences, en particulier en ce qui concerne le trouble de la personnalité et le trouble psychotique. En conclusion le SMR recommande de s'en tenir aux conclusions de l'expertise et considérer que la capacité de travail est nulle pour toute activité, depuis l'aggravation de 2010.

E. 38

Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT 1. S'agissant de la compétence de la chambre de céans est de la recevabilité du recours, ces questions ont déjà été traitées dans le cadre de l'ordonnance motivée d'expertise (ATAS/455/2016) de sorte qu'il n'y sera pas revenu. 2. Il en va d'ailleurs de même du premier grief invoqué par le recourant, soit la violation de ses droits de procédure, considérant que l'intimé n'avait pas donné suite à sa demande de récusation et aurait dû rendre une décision incidente. Ce grief a donc été rejeté, pour les motifs retenus dans la décision susmentionnée. 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. 4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 5. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant

valeur de maladie, la dépendance de l'assuré constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la

A/3668/2014 - 20/24 - dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

A/3668/2014 - 21/24 - champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 6. a. Pour pouvoir déterminer s'il y a invalidité et en calculer le degré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a

besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

A/3668/2014 - 22/24 - plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut

constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 7. Aux termes de l'art. 28 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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 prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. 8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent

A/3668/2014 - 23/24 - cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 9. En l'espèce, et au vu des principes rappelés ci-dessus, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr L_____, spécialiste reconnu, est fondé sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, l'expert aboutissant à des résultats convaincants, aucun indice concret ne permettant de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Ainsi l'expert conclut-il, p. 31 lettre m de son rapport, que les limitations fonctionnelles décrites et motivées dans la discussion entraînent une incapacité de travail totale sur le marché du travail, et cela depuis octobre 2010, date de l'apparition documentée des troubles psychotiques. Si l'on devait exclure l'abus de substances, l'incapacité de travail est au moins de 70%. La chambre de céans n'a dès leur aucun motif de s'écarter de ces conclusions, ce rapport ayant pleine valeur probante, et réunissant toutes les conditions fixées par la jurisprudence à cet égard. Du reste, tant le recourant que l'intimé arrivent à la même conclusion. Ainsi, la chambre de céans retient que le recourant est totalement incapable de travailler, dans toute activité, depuis octobre 2010. Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI du 29 octobre 2014 doit donc être annulée en tant qu'elle refuse toute prestation au recourant. 10. Dans son recours, comme dans ses dernières conclusions, le recourant a conclu à ce que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2011. Il perd toutefois de vue que le délai d'attente d'une année selon l'art. 28 LAI a commencé à courir, à teneur des conclusions de l'expert, dès octobre 2010, de sorte que le droit à la rente est donné dès octobre 2011, et non pas déjà, comme il le soutient, en application de l'art. 29 LAI, dès l'échéance du délai de 6 mois dès le dépôt de sa demande en

février 2011. 11. Le recours sera donc ainsi partiellement admis. 12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

A/3668/2014 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

À la forme :

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