

## **GE\_GERICHTE ATAS/233/2014 vom 26. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_233\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_233_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/233/2014 du 26 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/233/2014 del 26 febbraio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Dans son ordonnance d'expertise, la Cour de céans a déjà tranché les questions relatives à sa compétence et à la recevabilité du recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

#### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

#### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, respectivement le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/946/2012 - 10/19 - En l'espèce, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné du point de vue matériel en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

#### **E. 4**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

## **E. 5**

A 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). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle

A/946/2012 - 11/19 - 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 (ATF non publié 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 (ATF non publié 9C\_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

## **E. 6**

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/946/2012 - 12/19 - 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).

## **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). 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). 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, 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). 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

A/946/2012 - 13/19 - 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 d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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). 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). S'agissant des 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. 3b/cc).

## **E. 8**

a) En l'espèce, au vu des importantes divergences portant tant sur les diagnostics que sur la capacité de travail et des conclusions insuffisamment motivées, la Cour de céans n'a pas accordé pleine valeur probante à l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_. Elle a ainsi ordonné une expertise psychiatrique du recourant et mandaté le Dr V \_\_\_\_\_ à cet effet. Dans son rapport d'expertise, le Dr V \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, de syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution par méthadone, de syndrome de dépendance au cannabis et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique. Il conclut à une incapacité de travail durable depuis l'automne 2008 et considère qu'une activité lucrative n'est pas raisonnablement exigible de la part du recourant. Il motive les diagnostics posés au vu du profil typique de la personnalité borderline (ou état-limite selon certains auteurs) présenté

par le recourant avec une enfance marquée par des carences affectives et un manque de valorisation narcissique associés à une parentification de sa part sous forme d'obligation à assumer une responsabilité sur son frère et sur lui-même, alors qu'il n'était qu'enfant. Son parcours professionnel après son apprentissage, marqué par des passages à l'acte impulsifs sans prendre en considération les conséquences de ses agissements, est caractéristique de l'instabilité générale chez les personnalités borderline. En effet, malgré ses atouts intellectuels et physiques,

A/946/2012 - 14/19 - l'expertisé n'a pas réussi à construire une situation sociale ainsi que professionnelle stable et cette instabilité générale correspond au trouble de la personnalité borderline. Son besoin d'indépendance et sa difficulté à s'intégrer dans un cadre donné depuis la fin de la scolarité sont également frappants. S'agissant du trouble de l'humeur, la symptomatologie décrite par le recourant dépasse la lutte contre la dépression et le vide de la personnalité borderline ainsi que les phases dépressives inhérentes aux personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline. Elle correspond à de véritables épisodes dépressifs où l'humeur change relativement brusquement avec perte d'énergie vitale, absence de motivation, de plaisir et d'envie, difficultés à se mettre en route, fuite dans le sommeil, repli social, humeur négative et morose, absence de perspectives d'avenir. En l'absence de phases maniaques ou hypomaniaques, un diagnostic de trouble dépressif récurrent s'impose. Selon l'expert, les troubles diagnostiqués ont valeur de maladie puisque le trouble dépressif récurrent a donné lieu à un traitement médicamenteux de longue date. La symptomatologie rapportée est importante et fait régresser le recourant à chaque épisode. Le trouble de la personnalité borderline dépasse les simples traits de personnalité et répond aux critères d'un trouble de la personnalité selon les classifications internationales. Le recourant est entravé dans sa vie professionnelle, sociale ainsi qu'affective et ledit trouble induit une souffrance subjective de l'instabilité ainsi que de l'impulsivité que le recourant ne réussit pas à endiguer. La consommation de produits répond dans le cas du recourant au trouble de la personnalité et fait partie intégrante dudit trouble. S'agissant de la gravité des troubles présentés par le recourant, le trouble dépressif était d'intensité légère lors de son examen au début de l'automne, mais il admet comme possible que la phase dépressive s'intensifie au cours des prochaines semaines et mois. Le traitement de substitution à la méthadone démontre une dépendance grave à l'héroïne dont cinq ans en injection. Le trouble de la personnalité borderline est grave du fait des conséquences délétères qu'il induit sur le plan professionnel. S'agissant de l'incapacité de travail, le recourant n'est pas en mesure d'exercer une activité continue en rapport avec son trouble de la personnalité borderline et son trouble dépressif récurrent qui impliquent une fluctuation importante de son état psychique. Il présente une diminution de rendement lorsqu'il est en phase dépressive mais peut avoir à court terme un bon rendement lorsqu'il va bien. La difficulté dans ce type de pathologie réside dans l'incapacité à fournir un rendement suffisant tout au long de l'année et sur plusieurs années. Quant à la chronologie de l'apparition des divers troubles dont souffre le recourant, le trouble de la personnalité borderline existe depuis le début de l'adolescence, avec symptomatologie psycho-pathologique présente déjà durant l'enfance. Il est difficile de situer le début du trouble dépressif récurrent. La Dresse L\_\_\_\_\_ le faisait remonter à 2003 et le Dr N\_\_\_\_\_ à l'adolescence. En tous les cas, il existe depuis l'automne 2008. La dépendance aux opiacés remonte à l'âge de 20 ans, alors que celle aux benzodiazépines et au cannabis existe depuis la dernière année de la scolarité

A/946/2012 - 15/19 - obligatoire. La consommation de produits répond au trouble de la personnalité et en fait partie intégrante. La Cour de céans relève que le rapport d'expertise a été établi après étude de toutes les pièces médicales à disposition, un entretien téléphonique avec le Dr DI W \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ainsi qu'avec la Dresse R \_\_\_\_\_ et mise en œuvre d'analyses complémentaires d'urine ainsi que de sang. Il tient compte de l'anamnèse, des plaintes du recourant et de l'examen clinique de celui-ci. L'expert répond à toutes les questions posées dans l'ordonnance d'expertise de façon complète et convaincante, notamment quant à la valeur de maladie des troubles diagnostiqués, leur gravité et à la capacité de travail raisonnablement exigible. Il traite également du caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie. Les prises de position de l'expert sont motivées et il explique pourquoi il s'écarte de l'appréciation du Dr P \_\_\_\_\_. En outre, il pose pour l'essentiel les mêmes diagnostics et procède à la même évaluation de la capacité de travail que le Dr N \_\_\_\_\_ et la Dresse L \_\_\_\_\_ qui ont traité le recourant pendant une année et demie, respectivement sept ans. Par conséquent, les conclusions du Dr V \_\_\_\_\_ procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance et tenant compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique.

b) Le SMR, sous la plume de la Dresse A \_\_\_\_\_, conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire dans son avis du 25 novembre 2013 au motif que l'expert n'aurait décrit aucun status clinique lors du premier entretien, qu'il aurait une discussion orientée selon son impression première, qu'il ne déterminerait pas si le recourant présentait une maladie grave antérieurement à sa toxicomanie ayant conduit à l'invalidité et qu'il n'examinerait pas si le trouble borderline était décompensé. En outre, l'expert ne connaissait pas ou ne voulait pas appliquer la jurisprudence en matière de toxicomanie. Selon la jurisprudence, un tel rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est éventuellement susceptible de susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise; il ne saurait toutefois suffire à infirmer de manière définitive les conclusions de ladite expertise (ATF non publiés 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.2 et 8C\_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 5.3, in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). En l'occurrence, les griefs formulés par la responsable du SMR quant à la méconnaissance par l'expert des critères fixés pour admettre le caractère invalidant d'une toxicomanie ou sa volonté de ne pas appliquer lesdits critères sont purement gratuits et vexatoires. Par conséquent, une telle argumentation formulée de façon aussi générale et subjective ne peut en aucun cas susciter des doutes quant au bien-fondé des conclusions de l'expert au vu de l'objectivité sujette à caution de l'avis

A/946/2012 - 16/19 - de la Dresse A \_\_\_\_\_ (cf. ATF non publié 8C\_907/2009 du 12 février 2010, consid. 3.2).

## **E. 9**

L'intimé soutient que les diagnostics posés par l'expert et ses conclusions ne reposeraient pas sur des observations cliniques approfondies, mais résulteraient d'une analyse descriptive des documents médicaux. Ses observations cliniques seraient extrêmement sommaires et insuffisamment détaillées. Elles comporteraient des interprétations psychanalytiques et mêleraient les plaintes subjectives aux constatations objectives. Les explications de l'expert sur sa divergence de point de vue avec le Dr P \_\_\_\_\_ ne

seraient ni suffisantes, ni convaincantes. Selon la jurisprudence, on peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF non publié 9C\_76/2011 du 24 août 2011, consid. 5.2.1). En outre, une expertise doit contenir une partie consacrée à une discussion générale du cas, où sont intégrés, dans un tableau global cohérent, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives, l'observation clinique et le résultat des examens complémentaires pratiqués (cf. Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in Bulletin des médecins suisses 2004/85 p. 1905 ss). Dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert (ATF non publié 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177). En l'espèce, en mentionnant dans une rubrique « étude du dossier » un consensus entre les divers médecins quant à l'existence d'un trouble de la personnalité, d'un trouble dépressif et d'une dépendance à des produits, l'expert a pour but de clarifier les convergences et divergences médicales avant de procéder à sa propre analyse. La Cour de céans ne distingue pas en quoi cette façon de structurer un rapport d'expertise aurait pour incidence que les diagnostics et les conclusions de l'expert résulteraient d'une analyse descriptive des documents médicaux. S'agissant de ses observations cliniques, l'expert les décrit sur près d'une page. Il précise que ses constatations sont différentes entre les deux entretiens. Il constate une faille narcissique et des mécanismes de défenses consécutives manifestes. Le fait qu'il se réfère à l'anamnèse démontre qu'il ne se satisfait pas de ses seules constatations pour valider ses observations cliniques, mais qu'il vérifie leur existence dans l'anamnèse. En outre, il observe que l'attitude du recourant lors du second entretien suscite peu d'empathie chez l'interlocuteur ce qui démontre le

A/946/2012 - 17/19 - recul de l'expert. Lors d'un examen psychiatrique, il est également habituel que l'expert vérifie si les plaintes du recourant sont rendues vraisemblables par ses constatations cliniques. Dans la discussion, l'expert procède à une telle vérification. Bien que son analyse repose également sur les plaintes exprimées par le recourant dans le cadre des entretiens, l'expert démontre toutefois une prise de recul par rapport aux éléments constatés nécessaire à une appréciation sérieuse et objective de la situation médicale. En définitive, le rapport d'expertise contient une description clinique comportementale détaillée permettant de justifier l'incapacité de travail retenue. Par ailleurs, ses constatations cliniques sont similaires à celles du Dr N\_\_\_\_\_ qui avait mis en évidence un fort sentiment de vulnérabilité, une grande carence de l'affect et dans les capacités de gestion émotionnelle, des sentiments d'échec et de culpabilité, une difficulté relationnelle avec des mouvements de retrait, d'isolement et des envies suicidaires renforçant les états dépressifs d'intensité légère à sévère. Par conséquent, les conclusions de l'expert reposent bel et bien sur des constatations cliniques et non pas sur les seules plaintes du recourant et des interprétations psychanalytiques. Quant au caractère secondaire de la toxicomanie, l'expert explique que le trouble de la personnalité borderline est à l'origine de la toxicomanie car il s'est développé dans un contexte familial et un parcours personnel caractéristique

aboutissant à une problématique persistante d'un Moi faible et d'un besoin compulsif d'exceller existant avant la toxicomanie. En effet, la consommation de produits répond au trouble de la personnalité et en fait partie intégrante, le recourant cherchant de cette façon à maîtriser ses angoisses, ses pulsions, son vide intérieur et ses phases dépressives. L'évaluation de l'expert est vérifiée par la chronologie de l'anamnèse établissant que le recourant a souffert d'abord d'un trouble borderline dès le début de l'adolescence avec symptomatologie psycho-pathologique existant déjà durant l'enfance avant de consommer des drogues à la fin de la scolarité obligatoire. Par ailleurs, la Cour de céans relève que le caractère secondaire de la toxicomanie a également été admis par le Dr N \_\_\_\_\_ et par la Dresse O \_\_\_\_\_ avant qu'elle ne change d'avis à la suite du rapport d'expertise du Dr P \_\_\_\_\_. Au demeurant, le Dr N \_\_\_\_\_ a constaté qu'en dehors des périodes de consommations importantes de toxiques, la symptomatologie dépressive ainsi qu'anxieuse subsiste et que la labilité émotionnelle semble même parfois se péjorer. Or, si les autres troubles psychiques dont souffre le recourant étaient secondaires à la toxicomanie, on comprendrait mal qu'ils subsistent voire s'amplifient hors consommation importante de toxiques. De plus, cette controverse est sans importance puisque, selon l'expert, il n'y a pas d'incapacité de travail en lien avec la dépendance. Enfin, l'expert motive de façon circonstanciée sur une page et demie ses divergences avec l'appréciation du Dr P \_\_\_\_\_. Il explique notamment que le recourant n'est pas responsable de son Moi faible, ni de son besoin constant de se revaloriser qui sont des aspects constituant précisément sa pathologie psychiatrique.

A/946/2012 - 18/19 - Il est le premier à souffrir de son instabilité sur le plan affectif et de son incapacité à construire une situation sociale et professionnelle stable. Par conséquent, il ne s'agit pas d'un mode de vie dans l'oisiveté et encore moins d'un mode de vie choisi délibérément qui pourrait être modifié par un effort de volonté comme l'a retenu le Dr P \_\_\_\_\_ tout en décrivant un développement psychologique et affectif incomplet. En effet, par définition la personnalité borderline est incapable d'assumer une vie affective et familiale stable. Elle vit dans le présent, sans pouvoir se projeter dans l'avenir et favorise le principe de plaisir par rapport au principe de réalité. Aussi, l'intimé est peu crédible lorsqu'il reproche à l'expert de donner des explications insuffisantes et non convaincantes. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr V \_\_\_\_\_ et suivra ses conclusions retenant une incapacité de travail entière dans toute activité dès l'automne 2008.

#### **E. 10**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais 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 LPGA. Etant donné que le recourant a déposé sa demande de prestations le 26 novembre 2010, soit après plus d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40 %, il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2011 en vertu de l'art. 29 al. 3 LAI.

#### **E. 11**

Le recours sera par conséquent admis et la décision du 27 février 2012 annulée. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

A/946/2012 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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