

GE_GERICHTE ATAS/455/2016 vom 13. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_455_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/455/2016 du 13 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/455/2016 del 13 giugno 2016

Erwägungen

E. 31

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

A/3668/2014 - 14/28 - 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 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 poly- toxicomanie 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 Trajets, il avait été envahi par des hallucinations auditives dénigrantes et se montrait interprétatif

A/3668/2014 - 15/28 - 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. 32

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. 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. 33

En date du 6 février 2015, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a relevé avoir proposé de demander aux HUG de désigner un expert, car il était malade et incapable de donner le nom de cinq médecins pouvant réaliser une expertise. Il avait répondu dans les temps, étant

rappelé qu'aucun délai ne lui avait été fixé et qu'il avait été hospitalisé jusqu'au 12 février 2014. L'expert était parti de la

A/3668/2014 - 16/28 - prémisse erronée que tous les problèmes de santé du recourant étaient dus à la consommation de substances, de sorte qu'il avait déjà pris position à l'issue de son rapport et qu'il n'allait pas se désavouer dans son complément. En outre, les documents qui lui avaient été envoyés n'étaient pas mentionnés. 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 abstinent 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. 34

Le 13 avril 2015, l'intimé a également persisté. Il a invoqué que le recourant savait qu'il avait dix jours pour compléter les questions à poser à l'expert ou faire valoir des motifs de récusation, et n'était pas censé ignorer qu'un délai de trente jours était inapproprié, ce d'autant plus qu'il n'avait pas proposé de noms d'experts. L'intimé a en outre contesté l'existence de motif de récusation et relevé que, contrairement à ce que soutenait le recourant, il n'y avait pas d'abstinence totale et durable. Étaient jointes 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 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

A/3668/2014 - 17/28 - 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 toxiques et s'amendaient complètement lors des différents sevrages. Ils ne pouvaient pas être en relation avec un diagnostic de schizophrénie.

E. 35

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. 36

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. 37

Le 26 mai 2016, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au docteur 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. 38

Par courrier du 6 juin 2016, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert et aucune remarque à formuler quant au choix des questions proposées.

E. 39

En date du 7 juin 2016, l'intimé a pris acte de l'intention de la chambre de céans de mettre en place une expertise psychiatrique, exposant préalablement que dans la mesure où seul le libellé des questions qui seraient soumises à l'expert lui avait été transmis, en l'absence de motif justifiant la mise en place d'une telle expertise il n'était pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'une telle mesure d'instruction, raison pour laquelle il s'y opposait en l'état. Si, par impossible, la chambre de céans persiste dans son intention d'ordonner cette expertise l'intimé n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti. Dans cette même éventualité, le SMR s'était prononcé par avis du 1er juin 2016, joint à son courrier. Selon le service médical de l'intimé, dans son rapport du 20 avril 2016, la Dresse I_____ avait avancé l'existence de troubles cognitifs, de sorte que de l'avis du SMR, un examen neuropsychologique paraît incontournable, dans ce contexte il serait souhaitable que l'assuré soit abstinent, ce qui rendrait plus aisée l'évaluation psychiatrique concernant notamment une potentielle atteinte de la lignée psychotique. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/3668/2014 - 18/28 - assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA- E 5 10]). 5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. 6. Dans un premier moyen, le recourant invoque une violation de ses droits de procédure, considérant que l'intimé n'a pas donné suite à sa demande de récusation et aurait dû rendre une décision incidente.

A/3668/2014 - 19/28 - 7. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. L'acte par lequel l'assureur social ordonne une expertise n'a pas le caractère de décision au sens de l'art. 49 LPGA et intervient sous la forme d'une communication (ATF 132 V 93 consid. 5). En revanche, lorsque l'assuré, dans le cadre des droits conférés par l'art. 44 LPGA, fait valoir des motifs de récusation au sens des art. 36 al. 1 LPGA et 10 PA – dispositions relatives à la récusation des personnes appelées à préparer ou prendre des décisions, applicables mutatis mutandis –, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 132 V 93 consid. 6). En l'occurrence, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique et donné au recourant l'occasion de se déterminer sur la désignation de l'expert, ainsi que sur les questions qui lui seraient posées, conformément aux dispositions précitées (cf. communication du 10 octobre 2012). Le recourant n'a cependant pas fait usage de ces possibilités et l'expert mandaté a rendu son rapport le 23 avril 2013. Suite au préavis de l'intimé du 31 juillet 2013, le recourant a exercé son droit d'être entendu et produit de nouveaux rapports médicaux que l'intimé a voulu soumettre à l'appréciation de l'expert avant de rendre une décision finale. Comme cela ressort expressément de la communication du 28 janvier 2014, l'expert était alors invité à prendre connaissance des nouveaux documents et à indiquer si ceux-ci modifiaient ses conclusions, en procédant au besoin à un nouvel examen du recourant. Il ne s'agissait donc pas de la mise sur pied d'une nouvelle expertise au sens de l'art. 44 LPGA et le recourant ne

pouvait pas, à ce stade, récuser l'expert. Dans ces conditions, ses droits de procédure n'ont pas été violés. La question de savoir si la demande du recourant du 10 mars 2014 est tardive est donc sans objet et l'intimé n'avait pas à rendre de décision incidente. Par surabondance, la chambre de céans relèvera que les critiques purement abstraites formulées par le recourant ne permettaient de toute façon pas d'établir que l'expert semblait prévenu, lorsqu'il a été mandaté pour la seconde fois. En effet, selon la jurisprudence, le fait qu'un expert a déjà eu l'occasion par le passé d'examiner un assuré et qu'il a formulé des conclusions qui n'allaient pas dans le sens voulu par ce dernier n'exclut pas de prime abord sa nomination ultérieure en qualité d'expert. Il ne peut en aller autrement que s'il existe des circonstances qui, objectivement, donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_715/2013 du 4 février 2014 consid. 4.1.1). Partant, le premier grief du recourant doit être déclaré mal fondé. 8. Il s'agit à présent de déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

A/3668/2014 - 20/28 - 9. 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). 10. 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 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

A/3668/2014 - 21/28 - 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 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). 11. 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 LPG), 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

A/3668/2014 - 22/28 - 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 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). 12. 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 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).

A/3668/2014 - 23/28 - 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 14. En l'espèce, la décision de l'intimé est fondée sur le rapport d'expertise du Dr F _____, lequel a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, de cannabis et de cocaïne. L'expert a considéré que les toxicomanies étaient primaires, que le recourant n'était pas dans un état de maladie psychiatrique lorsqu'il

a commencé à consommer des substances toxiques et qu'il n'existait aucune notion pour une quelconque atteinte psychiatrique qui aurait pu expliquer une consommation de type secondaire. Le Dr F_____ a notamment écarté le diagnostic de schizophrénie, relevant qu'une telle atteinte ne figurait pas dans les rapports des HUG où le recourant avait séjourné à plusieurs reprises dans un but de sevrage. Les symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations verbales, acoustiques et visuelles étaient en lien avec la consommation de cannabis, étant rappelé que le recourant n'entendait des voix que lorsqu'il consommait du cannabis seul chez lui. L'expert a conclu que les diagnostics liés à la dépendance n'avaient pas d'influence sur l'invalidité. S'agissant des diagnostics de trouble dépressif récurrent, d'état anxieux et d'accentuation de certains traits de la personnalité, il s'agissait de problèmes relativement bien maîtrisés, sans influence sur la capacité de travail. Au regard des principes jurisprudentiels précités, l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr F_____ semble, de prime abord, avoir pleine valeur probante. En effet, l'expert a procédé à une anamnèse complète et détaillée, a relaté les plaintes et les descriptions subjectives du recourant, a tenu compte des divers rapports médicaux du dossier et s'est appuyé lege artis sur les critères de l'échelle psychopathologique de l'AMDP, de l'EDR et de la Classification internationale des maladies, systèmes de classification reconnus. La chambre de céans constate cependant que les conclusions du Dr F_____ divergent fondamentalement de celles, également dûment motivées, des spécialistes qui suivent et traitent le recourant, tant du point de vue des diagnostics que de leurs répercussions sur la capacité de travail. En effet, les rapports émanant de la Fondation Phénix mentionnent l'existence d'une schizophrénie paranoïde (rapports du Dr B_____ des 15 novembre 2010, 7 janvier, 17 mars, 15 août et 10 novembre 2011, 2 avril et 5 juillet 2012 ; rapports de la Dresse I_____ des 24 septembre 2013, 24 novembre 2014 et 30 janvier 2015). Selon le psychiatre traitant, ce trouble psychotique évolue de

A/3668/2014 - 24/28 - manière chronique et indépendamment de la toxicomanie, et est à l'origine d'une incapacité de travail totale (rapport du 24 novembre 2014). La dissension quant au diagnostic de schizophrénie semble résulter, d'une part, d'observations contradictoires. En effet, le Dr F_____ n'a pas relevé de symptômes négatifs comme de l'apathie, une pauvreté, un émoussement, des réponses inadéquates, une froideur ou un détachement, constatant uniquement une certaine diminution de la réactivité et une oscillation émotionnelle, alors que la Dresse I_____ a noté un tableau clinique dominé par une symptomatologie négative marquée par un émoussement affectif, un appauvrissement de la pensée, un comportement apathique et ritualisé, un retrait social et l'absence de spontanéité, des hallucinations auditives et un sentiment de persécution fluctuant (rapport du 24 septembre 2013), un ralentissement psychomoteur, un discours pauvre, des hallucinations auditives persistantes et malveillantes, une aboulie, un manque d'initiative, des idées délirantes et un sentiment de persécution (rapport du 24 novembre 2014). D'autre part, cette divergence semble également découler de rapports incomplets puisque l'expert est parti du principe qu'aucune maladie psychiatrique n'avait été mentionnée dans les résumés d'hospitalisation. Or, les documents produits après la reddition de son rapport font bien état d'une atteinte psychiatrique. Ainsi, la Dresse G_____ a mentionné que le recourant était « connu pour une schizophrénie paranoïde » (rapport du 22 février 2013), diagnostic qu'elle n'a pourtant pas mentionné dans ledit document et qui ne figure effectivement pas dans les précédents résumés de séjours aux HUG, mais qu'elle a ensuite posé dans ses rapports des 28 février et 2 octobre 2014. En outre, s'agissant des hallucinations, l'expert a considéré que les rapports d'hospitalisation attestaient d'un lien

entre la diminution des hallucinations verbales et acoustiques et la réduction de la consommation de cannabis. Or, un tel rapport de causalité ne ressort pas incontestablement des différents rapports puisque le Dr C_____ a fait état de la persistance de symptômes psychotiques en dépit d'un sevrage qui s'était bien déroulé (rapport du 18 novembre 2010) et a relevé que la présence de voix menaçantes et insultantes durant la nuit était en diminution depuis le dernier séjour, bien que le recourant avait repris ses consommations de cannabis (rapport du 21 avril 2011). La Dresse G_____ a quant à elle observé que le sevrage s'était avéré difficile et que l'évolution psychiatrique avait été marquée par la persistance de l'anxiété, avec de fortes crises d'angoisse, puis l'apparition d'hallucinations auditives, ces dernières ayant régressé après la modification du traitement antipsychotique (rapport du 21 décembre 2012). Enfin, s'agissant de la capacité de travail du recourant, la chambre de céans relèvera que les réflexions de l'expert, selon lesquelles le recourant avait pu s'insérer dans différents contextes professionnels et qu'une reprise progressive du travail avait été prévue en 2011, ne tiennent pas compte du cadre particulier dans lequel le recourant évolue, depuis 2008 en tout cas. Il ressort en effet des faits de la cause que le recourant a été placé par l'OSEO, organisation sociale œuvrant dans

A/3668/2014 - 25/28 - l'intégration et l'insertion, à raison de 6.5 heures par jour de décembre 2008 à juin 2011, qu'il a ensuite été occupé en 2012 à 50% par le biais de « Réalise », association accompagnant des personnes dans leur démarche de retour à l'emploi, avant d'être orienté en février 2013 vers l'entreprise sociale Trajets où son taux d'occupation a été progressivement augmenté, jusqu'à 40%. Partant, les conclusions de l'expert, selon lesquelles le recourant a périodiquement dysfonctionné, mais présente théoriquement une capacité d'adaptation et de travail entière, sont insuffisamment motivées. 15. En l'état actuel du dossier, en présence de conclusions motivées et contradictoires des psychiatres quant aux diagnostics et quant à la capacité de travail du recourant, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer. Il convient dès lors d'ordonner une expertise judiciaire.

A/3668/2014 - 26/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique judiciaire du recourant. 2. Commet à ces fins le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. 3. Dit que la mission d'expertise est la suivante : a) prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure ; b) prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant, au besoin en requérant les documents relatifs au suivi psychothérapeutique débuté en 2005 à la Fondation Phénix ; c) examiner et entendre le recourant, après s'être entouré de tous les éléments utiles, dont l'avis de tiers au besoin ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens (en particulier s'il retient la nécessité de faire procéder à un examen neuropsychologique tel que préconisé par l'intimé, et dans la négative, en indiquer les raisons). 4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : a) Anamnèse détaillée du cas (familiale, sociale, professionnelle). b) Plaintes et données subjectives du recourant. c) Constatations objectives. d) Diagnostic(s) selon la classification internationale (CIM-10). e) En cas de troubles psychiques, veuillez indiquer depuis quand ils sont présents. Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? f) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie au sens de la CIM-10 ? Veuillez expliquer. g) Quelles sont vos constatations objectives et comment le status psychique a-t-il évolué ? h) Le recourant

présente-t-il une atteinte à la santé psychique, mentale ou physique à l'origine de sa toxicomanie qui a valeur de maladie ou s'agit-il d'une toxicomanie primaire ? Veuillez expliquer.

A/3668/2014 - 27/28 -

i) Le recourant présente-t-il une atteinte à la santé séquellaire à sa toxicomanie ? Si oui, laquelle/lesquelles ? j) Le recourant suit-il un traitement adéquat ? Si non, quel traitement est-il indiqué ? Des améliorations à court, moyen ou long terme sont-elles envisageables ? k) Le recourant consomme-t-il encore des produits toxiques ? Si non, depuis quelle date ? Si oui, quelles substances, en quelle quantité et à quelle fréquence ? l) Quelles sont les limitations de la capacité de travail (qualitatives et quantitatives) aux plans psychique, mental et social en relation avec les troubles constatés ? m) Quand est survenue l'éventuelle incapacité de travail durable ? n) Une activité lucrative est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si oui, laquelle et dans quel type d'activité ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

Pourrait-il exercer une activité continue ?

Le recourant présente-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure (en pourcent) ? o) Quel est le pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative ? p) La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Si oui, lesquelles ? Sont-elles raisonnablement exigibles du recourant ? q) Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. r) Appréciation du cas et pronostic global. s) Au cas où vos conclusions s'écarteraient de celles du Dr F_____, en particulier sur la question des diagnostics et de la capacité de travail, veuillez en expliquer les raisons et motiver votre réponse. t) Au cas où vos conclusions s'écarteraient de celles de la Dresse I_____, notamment sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, veuillez en expliquer les raisons et motiver votre réponse. u) Toutes remarques utiles et propositions de l'expert. 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

A/3668/2014 - 28/28 - 6. Réserve le fond.

La greffière

Florence SCHMUTZ

Le président

Mario-Dominique TORELLO

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.