

GE_GERICHTE ATAS/577/2018 vom 25. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_577_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/577/2018 du 25 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/577/2018 del 25 giugno 2018

Erwägungen

E. 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 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.

E. 2

A 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

E. 5

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).

E. 6

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

A/397/2016 - 16/26 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

E. 7

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

A/397/2016 - 17/26 - Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit

leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

E. 8

S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

E. 9

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 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

A/397/2016 - 18/26 - 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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

E. 10

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 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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

A/397/2016 - 19/26 - 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).

E. 11

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas,

en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 13

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode

A/397/2016 - 20/26 - générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

E. 14

En l'espèce, par ordonnance du 17 octobre 2016, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr P_____ en considérant ce qui suit : La Dresse L_____ a rendu un rapport d'expertise le 10 octobre 2015 ; les conclusions de celui-ci ont été sérieusement contestées par le Dr G_____ dans un rapport circonstancié du 25 janvier 2016, lequel a estimé que le recourant présentait une agoraphobie sévère, qui s'était enkystée et qui était totalement incapacitante ; l'avis subséquent de la Dresse L_____ du 13 mai 2016 ne remet par valablement en cause les explications du Dr G_____ en ce sens qu'il se borne à relever que la problématique liée à la toxicomanie est prépondérante, en citant les différents résumés de séjours du recourant entre 2004 et 2012, sans se prononcer sur l'aggravation de l'agoraphobie à la suite de l'accalmie des consommations, motivée par le médecin traitant. Au vu de la divergence de ces avis médicaux, il convient d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire.

E. 15

a. L'expert judiciaire a retenu les diagnostics de phobie sociale (CIM-10 : F40.01) ; agoraphobie avec trouble panique (F40.01) ; trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) ; trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suivant actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale (F11.22) ; trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25). Le trouble addictif et le trouble dépressif n'avaient aucun effet durable sur la capacité de travail. S'agissant de la phobie sociale et de l'agoraphobie, il était difficile de s'exprimer concernant une limitation durable tant que le recourant ne s'était pas soumis au traitement de référence pour les troubles anxieux ; la thérapie par exposition était efficace ; le recourant n'avait cependant bénéficié que de quatre séances ; selon l'expert, avant la réalisation d'un tel traitement, il resterait difficile de s'exprimer quant aux limitations fonctionnelles durables ; le trouble anxieux était devenu manifeste en 2012 ; une activité durable n'était envisageable que dans le cadre d'un traitement par exposition ; il était ainsi difficile de définir les réelles possibilités du recourant d'exercer une activité lucrative avant qu'un traitement d'exposition avec encadrement thérapeutique rigoureux n'ait été tenté. Dans son premier complément d'expertise, l'expert a indiqué qu'il ne retenait pas d'incapacité de travail pour le trouble anxieux et qu'il avait spécifié qu'une activité

A/397/2016 - 21/26 - professionnelle progressive dans le cadre d'un traitement par exposition était possible. Dans son second complément d'expertise, l'expert a précisé que le recourant était totalement incapable de travailler depuis 2012, en raison d'un diagnostic de phobie sociale et d'agoraphobie et cela tant qu'un traitement par exposition n'aura pas été introduit, lequel était exigible du recourant. L'expert a ainsi précisé son rapport d'expertise, lequel pouvait être compris comme émettant un doute quant à l'existence de limitations fonctionnelles chez le recourant dues à la phobie sociale et l'agoraphobie (expertise P_____ p. 19) ; en réalité il s'avère, selon les explications complémentaires de l'expert, que ce doute s'attache aux limitations fonctionnelles durables, soit celles qui subsisteraient à l'issue du suivi par le recourant d'un traitement par exposition (expertise P_____ p. 19, compléments d'expertise P_____ des 21 janvier et 3 mai 2018). La chambre de céans constate qu'il ressort clairement de l'expertise et de ses compléments que le recourant est considéré comme incapable d'exercer une activité professionnelle, avant la mise en place d'un traitement par exposition, jugé exigible par l'expert. En l'absence d'un tel traitement, le trouble anxieux est incapacitant et cela depuis qu'il est considéré comme étant devenu manifeste par l'expert, soit dès l'année 2012. L'expert indique dans son premier rapport complémentaire que ses propres conclusions et celle de l'intimé se rejoignent. Cet avis signifie, au vu des explications claires présentées dans le second rapport complémentaire quant à la capacité de travail exigible du recourant moyennant un traitement approprié, que l'expert a exclu la présence d'une incapacité de travail durable chez le recourant dans le sens qu'il existe un traitement exigible du recourant, de bon pronostic ; elle ne remet cependant pas en cause l'explication précise de l'expert quant au fait qu'une telle capacité de travail n'est exigible que simultanément à l'introduction d'un traitement par exposition. Ainsi l'expertise judiciaire et ses compléments, fondée sur un entretien avec le recourant, comportant les plaintes du recourant, des diagnostics clairs et une appréciation détaillée des conséquences de chaque diagnostic sur la capacité de travail du recourant, répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

b. Le rapport d'expertise est antérieur à la nouvelle jurisprudence du 30 novembre 2017 (ATF 143 V 418) ; il ne comprend donc pas l'analyse de tous les indicateurs selon l'ATF 141 V 281. A cet égard, on rappellera que selon la jurisprudence récente, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 p. 426 ss et les références). Les expertises mises en oeuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme

A/397/2016 - 22/26 - au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018).

En l'occurrence, l'expertise du Dr P_____ permet une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants. Les diagnostics ont été posés en fonction de l'anamnèse médicale et des éléments cliniques ; en prenant en compte les rapports au dossier, l'entretien avec le recourant et son épouse, l'expert a constaté que tous les critères, qu'il a décrit, étaient remplis pour le diagnostic de phobie sociale et que celui d'agoraphobie semblait aussi irréfutable (expertise P_____ p. 16 - 17). Comme comorbidités, l'expert a mentionné des troubles liés à l'utilisation de substances, notamment des opiacés et des benzodiazépines, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, en rémission, non incapacitants. L'expert a établi la survenance de l'agoraphobie à l'adolescence et une aggravation du trouble anxieux depuis 2012 ; il a considéré que les diagnostics de phobie sociale et agoraphobie étaient totalement incapacitants depuis 2012, tant qu'un traitement par exposition n'aura pas été introduit.

S'agissant du traitement, l'expert a relevé que le recourant bénéficiait d'un traitement médicamenteux continu d'antidépresseurs, dont la dose pourrait être augmentée, et de benzodiazépine qui était adéquat ; il a considéré qu'un traitement par exposition devait être proposé au recourant dont on pouvait exiger qu'il s'y soumette ; Une amélioration thérapeutique était donc possible, selon l'expert, avec un bon pronostic, le taux de réponse obtenu pouvant approcher les 90 % (expertise P_____ p. 19). Le recourant n'a par ailleurs pas refusé un tel traitement qui ne lui a jusque-là pas été proposé, l'accompagnant par une infirmière, dont le recourant a bénéficié durant quatre séances, non poursuivies par les thérapeutes du recourant, ne pouvant être considéré comme équivalant à une telle thérapie ; il n'est pas établi que le recourant avait connaissance de cette thérapie avant le rapport d'expertise du Dr P_____ ; par ailleurs, en toute hypothèse, le fait de ne pas se soumettre, spontanément, à une telle thérapie ne saurait parler en défaveur du poids des souffrances du recourant, l'expert ayant souligné la nature incommode de la thérapie (expertise P_____ p. 21) et l'atteinte à la santé étant suffisamment grave pour être incapacitante.

En l'état, l'expert a donc considéré que les ressources personnelles du recourant ne lui permettaient pas de surmonter seul sa peur du monde extérieur, de sorte qu'une thérapie était nécessaire ; s'agissant du contexte social, le recourant vit reclus, quasiment en

permanence à domicile et a des liens limités à son épouse et à son fils.

A/397/2016 - 23/26 -

Il ressort de l'expertise qu'il existe une limitation des niveaux d'activités dans tous les domaines comparables de la vie, le recourant ne quittant pas non plus son domicile pour des loisirs, ainsi qu'une souffrance importante, la phobie sociale et l'agoraphobie engendrant de la crainte, de la peur, une conduite d'évitement, et une détresse émotionnelle significative dues aux symptômes ou à l'évitement (expertise P_____ p. 15 - 16).

Compte tenu des éléments mis en évidence par l'expert, il y a lieu de confirmer une incapacité de travail totale du recourant depuis 2012, à revoir dès la mise en œuvre d'un traitement par exposition.

E. 16

a. Les critiques du SMR et de l'intimé à l'égard de l'expertise judiciaire, en particulier relativement à l'aspect incapacitant de l'agoraphobie et de la phobie sociale, ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de cette dernière. Le SMR conteste le degré de gravité du trouble anxieux en relevant qu'il n'a pas été mentionné dans les rapports d'hospitalisation du recourant, que le fait que celui-ci ait pu prendre l'avion n'était pas compatible avec une agoraphobie et une phobie sociale et que l'expert n'expliquait pas l'attitude de passivité totale du recourant au sein de son foyer, laquelle paraissait relever d'un défaut de motivation pouvant jouer un rôle au niveau de l'activité professionnelle. Quant à l'intimé, il a relevé que les échanges entre l'expert et les Drs L_____ et G_____ n'avaient pas été résumés, qu'un second entretien, jugé nécessaire par l'expert, n'avait pas eu lieu, que la Dresse L_____ n'avait pas retenu de trouble panique, ni le médecin généraliste, le recourant n'ayant pas mentionné de symptômes l'évoquant, que le recourant n'avait pas présenté de signes d'angoisses durant l'entretien, qu'enfin, le recourant n'étant pas abstinent, l'expert ne pouvait pas tirer de conclusions quant à l'absence d'influence, pourtant médicalement notable, de la consommation sur l'état anxieux du recourant. b. L'expert a répondu aux critiques du SMR de façon convaincante. S'agissant des diagnostics retenus, l'expert a relevé qu'en se basant sur les différents rapports au dossier ainsi que l'entretien avec le recourant, il constatait que tous les critères du diagnostic de phobie sociale étaient présents et que le diagnostic d'agoraphobie était irréfutable. Ces diagnostics ont ainsi été établis de façon précise et motivée. S'agissant des hospitalisations, l'expert explique de façon convaincante que dès lors qu'elles ont eu lieu pour un diagnostic principal de trouble addictif, il n'était pas insolite que des diagnostics autres n'apparaissent pas dans les rapports. L'expert relève que le fait pour le recourant d'avoir pu prendre l'avion pour se rendre chez lui ne paraît pas constituer à lui seul un argument contre la sévérité du trouble ; le recourant a d'ailleurs précisé lors de l'audience du 27 juin 2016 que lorsqu'il prenait l'avion, il était toujours médicamenté et qu'il avait

A/397/2016 - 24/26 - particulièrement peur de le faire ; tel est également le cas lorsque le recourant doit se rendre à un rendez-vous à l'extérieur ; il a précisé avoir pris du temesta pour se rendre à l'audience du 27 juin 2016 (procès-verbal d'audience du 27 juin 2016) ; par ailleurs, l'intimé estime que le recourant accompagne son fils au matchs de football ; à cet égard, le recourant a déclaré lors de l'audience de comparution personnelle des parties qu'il n'avait pu aller voir son fils jouer au football que deux fois alors que son fils avait débuté ce sport à l'âge de 6 ans, soit en 2009, ce qui n'est pas contesté par l'intimé ; or, la pathologie psychiatrique du recourant n'est jugée incapacitante par l'expert que depuis 2012, de sorte

que le recourant a pu se déplacer pour voir jouer son fils à deux reprises entre 2009 et 2011 ; l'intimé n'établit pas ni ne prétend le contraire. L'expert précise que l'inactivité du recourant au domicile ne peut être mise en relation avec l'agoraphobie, n'étant pas une situation objet de la phobie ; cette constatation ne constitue pas, selon l'expert, une preuve de l'inexistence de limitations fonctionnelles due à l'agoraphobie. L'expert ne procède d'ailleurs pas à une telle conclusion. Enfin, l'expert relève qu'une thérapie avait été prescrite au recourant en 2013 en vue de traiter l'agoraphobie, ce qui n'est pas contesté par l'intimé et qui documente l'existence de limitations fonctionnelles dues à ce trouble. Le recourant a d'ailleurs déclaré lors de l'audience du 27 juin 2016 qu'avant, une infirmière l'accompagnait à l'extérieur mais qu'il avait dû cesser ces sorties car il n'y arrivait plus. L'expert précise que, vu les diagnostics posés, on ne pouvait s'attendre à des signes manifestes durant l'entretien ; il indique à cet égard que le recourant décrivait des moments d'angoisse si exposé au public ; or, lors de l'entretien, le recourant était seulement en présence de l'expert et de son épouse, laquelle constituait une présence rassurante pour lui. On ne pouvait déduire non plus du fait que la Dresse L_____ et le médecin généraliste n'avaient pas constaté de trouble panique une absence de limitations fonctionnelles dues à l'agoraphobie dès lors que l'expert explique que les agoraphobes n'éprouvent que peu d'anxiété car ils parviennent à éviter les situations pathogènes, ce qui correspond au cas du recourant, lequel reste confiné dans son appartement, évitant par là même la survenance de crises de panique. Quant à l'entretien supplémentaire qui était prévu, il avait principalement pour but d'aborder avec le recourant les différentes offres de traitement par exposition mais non pas de préciser un diagnostic, de sorte que son absence n'invalide pas les conclusions de l'expertise. Enfin, selon l'expert, l'utilisation d'opiacés et de benzodiazépines n'a pas entraîné de trouble anxieux, celui-ci ayant précédé l'addiction et ayant persisté après stabilisation de l'addiction, de sorte que c'est à tort que l'intimé estime, en mentionnant un effet « médicalement notoire », que la consommation du recourant aurait un effet sur son état anxieux.

A/397/2016 - 25/26 - c. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions du rapport d'expertise judiciaire et de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 1er janvier 2012.

E. 17

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Ce n'est que moyennant le respect de cette procédure de mise en demeure qu'un droit à une rente d'invalidité peut être réduit ou refusé au motif que l'ayant droit n'a par le passé pas suivi les mesures thérapeutiques préconisées ou envisageables (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 et les références citées). En l'occurrence, l'expert a considéré qu'un traitement par exposition, susceptible de permettre un retour professionnel vers l'emploi du recourant, est exigible. Il incombe en conséquence à l'intimé de procéder conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, soit par le biais d'une mise en demeure écrite du

recourant lui enjoignant de se soumettre à un traitement par exposition, tel que préconisé par l'expert. Dans l'intervalle, le recourant doit être considéré comme totalement incapable de travailler depuis le 1er janvier 2012, de sorte que dès le 1er janvier 2013, il a droit à une rente entière d'invalidité. Sa demande de prestations ayant été déposée le 14 mars 2013, son droit à la rente ne peut débuter que le 1er septembre 2013 (art. 29 al. 1 LAI).

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2013.

E. 19

Étant 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 CHF 500.-.

A/397/2016 - 26/26 - 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.