

GE_GERICHTE ATAS/863/2015 vom 16. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_863_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/863/2015 du 16 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/863/2015 del 16 novembre 2015

Erwägungen

E. 10

Le 19 juillet 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations, projet que l'assuré a contesté.

E. 11

A alors été versé au dossier le rapport d'expertise rendu le 2 mars 2012 par le Dr G_____, mandaté par l'assureur perte de gain. L'expert a notamment relevé dans son anamnèse que c'était à l'âge de douze ans que l'assuré avait commencé à consommer des toxiques et à fumer des joints. Sur le plan socioprofessionnel, il a souligné que l'assuré avait fréquenté plusieurs écoles, mais sans pratiquement jamais terminer le cursus prévu par chacune de celles-ci. Les emplois exercés par la suite avaient été nombreux. La dernière profession exercée avait été celle d'employé magasinier : l'assuré était chargé de ramasser des poubelles à l'aide d'un triporteur électrique. L'expert a retenu à titre de diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, à l'utilisation de cannabis et à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue, diagnostic qu'il a qualifié de « primaire » et sans incidence sur la capacité de travail. Il a également retenu celui de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions dont il a également jugé qu'il était sans incidence sur la capacité de travail : selon l'expert, il n'y avait pas suffisamment de critères pour conclure à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques ni même à un épisode dépressif léger ; les épisodes d'allure dépressive passés étaient vraisemblablement à mettre en lien avec les consommations de substances.

- 5/17-

A/2552/2012 L'expert a écarté le diagnostic de ralentissement, trouble mnésique et dysfonctionnement exécutif, expliquant que si un ralentissement, des troubles mnésiques et un dysfonctionnement exécutif avaient certes été mis en évidence en 2006, lors de l'examen neuropsychologique, ils n'étaient désormais plus observables. Il a également rejeté le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique au motif que seuls deux critères permettant d'admettre ce diagnostic étaient remplis. Certes, les symptômes pourraient mimer une agoraphobie avec trouble panique, car la description des symptômes et des situations est proche des critères diagnostiques et afférents, mais le fait qu'il existe des prises d'alcool chroniques et importantes, associées à celles du cannabis, est un facteur d'exclusion majeure, l'effet très anxiogène de ces consommations à hautes doses étant largement connu. L'expert en a tiré la conclusion qu'il était probable qu'en cas d'abstinence, ces symptômes disparaissent. Pour les mêmes raisons, l'expert a écarté le diagnostic de phobie sociale. Enfin, l'expert a également nié le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte avec idées obsédantes et comportement compulsif, au motif que l'investigé n'avait

émis aucune plainte à cet égard et avait affirmé - après avoir entendu la définition d'une obsession - ne pas souffrir de ce symptôme. En définitive, l'expert a exclu toute limitation psychique et a conclu à une capacité de travail de 100% dès le 18 janvier 2012.

E. 12

Par décision du 15 juin 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation puisque son état de santé n'avait pas évolué et que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxicodépendance.

E. 13

Par écriture du 20 août 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 avril 2011, avec suite de frais et dépens.

E. 14

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 septembre 2012, a conclu au rejet du recours.

E. 15

Par écriture du 26 octobre 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions.

E. 16

Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 15 novembre 2012 au cours de laquelle a été entendu le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Le médecin a indiqué que l'assuré est suivi à la Fondation PHENIX depuis plusieurs années. Le Dr F_____ le suit personnellement depuis 2006.

- 6/17-

A/2552/2012 Le médecin a expliqué que la première demande de prestations était motivée principalement par des problèmes dorsaux, lesquels ont été traités avec succès ; la situation était désormais stabilisée à ce niveau. Il a ajouté que si les médecins de la fondation ont poussé l'assuré à déposer une nouvelle demande de prestations, c'est parce qu'ils sont arrivés à la conclusion qu'ils avaient fait leur maximum et que l'état de l'assuré, d'un point de vue psychique, ne pouvait être amélioré. Les diagnostics retenus ont été les suivants : agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif (TOC), anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence. L'agoraphobie et la phobie sociale ont été traitées avec succès, de sorte que le patient peut désormais se déplacer. Il y arrive grâce à une médication. En revanche, l'anxiété demeure assez élevée. Le problème est qu'elle fluctue et qu'elle peut atteindre des pics correspondant à un trouble panique. L'assuré est alors tétanisé, cloîtré chez lui. C'est au point qu'il n'est alors plus capable de timbrer ou poster une lettre. Ses facultés cognitives et mnésiques sont également touchées. Dans ces périodes-là, il peut y avoir une à plusieurs crises de panique par jour, parfois déclenchées par un événement totalement banal, comme le simple fait de penser qu'il va devoir sortir ou rencontrer des inconnus. Le témoin a qualifié le degré de l'état dépressif de moyen - à sévère en cas de crise - tout en précisant que, même en période d'accalmie, l'incapacité de travail est totale. En effet, l'état dépressif est compliqué par une anxiété flottante, des troubles mnésiques et des TOC. Le médecin a expliqué à cet égard que les TOC se manifestent également sur le lieu de travail. A titre d'exemple, dans son dernier emploi, qui consistait à faire des tournées à vélo pour ramasser les poubelles, il a suffi que l'assuré doive changer de parcours pour qu'il décompense gravement. D'autres TOC consistent en des

vérifications répétitives, en des nettoyages compulsifs de l'environnement et en des positionnements d'objets (toujours à la même place et dans une certaine posture). Ces TOC et les difficultés mnésiques se combinent pour réduire grandement les facultés d'adaptation du recourant. Selon le Dr F_____, le recourant se trouve dans la même situation que les personnes âgées qui doivent se trouver dans un milieu très structurant : il lui faut accomplir jour après jour les mêmes tâches répétitives dans le même ordre et de la même manière. A défaut, il ne dispose pas des facultés adaptatives lui permettant de dépasser son anxiété sans décompenser. Le médecin a expliqué avoir suggéré une réévaluation des capacités mnésiques de l'assuré parce qu'elles lui paraissent très diminuées par rapport à l'évaluation précédente, qui remonte à février 2006.

- 7/17-

A/2552/2012 Le Dr F_____ a dit ne pas adhérer du tout aux conclusions du Dr G_____, expliquant que, depuis 2004, l'assuré est passé d'institution en institution (REALISE, PARTAGE, IPT, etc.), ce qui a permis aux médecins de constater une baisse progressive de ses capacités pour finalement arriver à la conclusion qu'il n'existe désormais plus d'endroit où il pourrait effectuer une activité, même occupationnelle et même à temps partiel. Le médecin a également émis l'hypothèse que le recourant avait pu se présenter au Dr G_____ comme il le fait d'ordinaire devant un inconnu, c'est-à-dire bien, voire « trop bien » : il se montre poli, calme et réaffirme de manière systématique et en boucle que « tout va bien » et qu' « il n'y a aucun problème » ; l'assuré est en effet très pudique ; qui plus est, il n'arrive pas à exprimer, verbaliser ou décrire son état. On aboutit ainsi vite à une discussion « stérile », en ce sens que l'assuré ne donne pas de « matériel » au médecin examinateur et ce, alors même, qu'en réalité, il est incapable d'accomplir même les actes de base de la vie ordinaire. Le Dr F_____ a ajouté que s'il avait examiné le recourant sans le connaître pendant une heure, il serait sans doute parvenu aux mêmes conclusions que l'expert. Enfin, le témoin a souligné que ses conclusions sont également celles de toute l'équipe pluridisciplinaire qui suit l'assuré depuis 1991 et qui a vu son état se dégrader progressivement sur le plan psychique, au point de ressembler à un phénomène de vieillissement prématuré.

E. 17

Entendu le même jour en comparution personnelle, l'assuré, venu en compagnie de sa mère et de son conseil, a allégué n'être plus descendu au centre ville depuis deux ans : il reste dans son quartier, où il fait des allers retours entre son domicile et le centre commercial, où il prend parfois le café avec des habitués, restant ainsi confiné dans un périmètre très étroit, qui le rassure. Le recourant a expliqué qu'il rencontre de grandes difficultés à assumer son ménage par exemple. Il lui faut se préparer psychologiquement avant de sortir faire ses courses et lorsqu'il passe à l'action, il le fait rapidement, en moins de dix minutes car il lui est difficile de rester plus longtemps dans un endroit fermé. Il lui est ainsi arrivé de « planter » là toutes ses courses parce qu'il lui était impossible d'attendre plus de 5 minutes en caisse. Il supporte mal la foule et le regard des autres. Il n'arrive pas non plus à prendre les transports publics et se déplace à vélo, ce qui lui permet d'éviter de croiser ou de parler aux gens. C'est son assistante sociale qui se charge de toutes les démarches administratives car lui, en est totalement incapable. Le conseil du recourant a confirmé que son mandant ne vient le consulter qu'accompagné, de sa mère et/ou de son assistante sociale, à qui il adresse

- 8/17-

A/2552/2012 d'ailleurs une copie des lettres qu'il envoie à son mandant car il sait que ce dernier risque de se trouver dans l'incapacité de traiter son courrier.

E. 18

Une seconde audience d'enquêtes s'est tenue en date du 24 janvier 2013, au cours de laquelle a été entendue Madame H_____, assistante sociale en charge du recourant depuis 2005. Le témoin a expliqué fixer régulièrement des rendez-vous (deux fois par mois) au recourant. Ce dernier éprouve de grandes difficultés à ouvrir et à traiter son courrier. Elle le passe donc en revue avec lui et l'aide à préparer les justificatifs qu'il devra apporter à l'assistante sociale qui le suit auprès de l'HOSPICE GENERAL. Madame H_____ a ajouté s'être rendue une fois chez le recourant pour évaluer son cadre de vie, ce qui lui a permis de constater qu'il rencontre de grandes difficultés à gérer son ménage : il lui est très difficile de jeter, de ranger de manière logique, d'assumer le nettoyage, malgré le fait qu'il n'habite qu'un trois pièces. Il lui est également difficile de s'organiser. Selon l'assistante sociale, le recourant arrive à effectuer certaines démarches, mais uniquement sur consigne : il est capable d'exécuter ce qu'on lui dit de faire. Elle lui donne donc toute la procédure, qu'il suit comme un enfant. Il a toujours la volonté de bien faire, mais ne peut faire qu'une chose à la fois. A titre d'exemple, donner un ordre permanent à la banque lui demande beaucoup d'efforts. Selon elle, l'assuré ne peut être autonome. Il jouit d'une "fausse autonomie". Certes, il vit seul dans un appartement et bénéficie de l'argent que lui verse l'Hospice général, mais il ne dispose en réalité que de très peu de compétences. Une sorte de routine s'est installée, mais dès qu'un élément diffère, il se trouve dans l'incapacité d'y faire face. Le témoin a par ailleurs indiqué avoir constaté une nette dégradation de l'état psychique du recourant depuis 2005. L'assistante sociale a expliqué à cet égard que l'assuré, voulant bien faire, a cherché une place par le biais de la réintégration professionnelle mais en « a payé le prix » car cela s'est traduit par une sorte de fissure : sa confiance en lui, qui n'était déjà pas grande, a été ébranlée par les échecs successifs qu'il a dû affronter et qui l'ont fragilisé. Le témoin a enfin déclaré que le recourant était désormais clairement dans l'incapacité totale d'exercer un travail dans le circuit normal. Ce qui pourrait lui convenir peut-être, à l'avenir, ce serait une activité dans un atelier protégé, avec des consignes claires et répétitives.

E. 19

Le 28 janvier 2013, le Dr F_____ a adressé à la Cour de céans les documents suivants :

- 9/17-

A/2552/2012 - un rapport d'examen neuropsychologique pratiqué par le Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie et Madame J_____, psychologue diplômée FSP, le 18 février 2006, concluant à un dysfonctionnement exécutif modéré se manifestant par un léger manque de flexibilité mentale, à un déficit mnésique sévère dans l'apprentissage et le maintien à long terme d'un matériel verbal et à un ralentissement de l'attention et dans la vitesse de traitement de l'information. - un courrier du Dr I_____ du 28 novembre 2012 indiquant qu'il existe indiscutablement et probablement de longue date des perturbations cognitives, notamment mnésiques, très probablement à mettre sur le compte de l'importante toxicomanie, dont il rappelle qu'elle a débuté à l'âge de douze ans, âge de la pleine formation cérébrale ; le médecin précise que les difficultés préexistantes peuvent être majorées par d'indiscutables aspects psychiques, anxieux notamment ; - un rapport d'examen de neurologie du comportement du 25 janvier 2013, du Dr I_____ et de Madame K_____, spécialiste en psychothérapie FSP et en neuropsychologie, concluant,

sur le plan mnésique, à des difficultés marquées d'apprentissage, à de faibles capacités de restitution autobiographique, à une capacité de mémoire à court terme et de travail dans les normes mais avec des fluctuations et une légère perte et, sur le plan attentionnel, à une vitesse d'exécution variable mais globalement très ralentie, à une fatigabilité modérée, et à des performances légèrement fluctuantes en mémoire du travail ; ont également été relevés, sur le plan exécutif, des signes dysexécutifs modérés avec des performances difficilement interprétables tant les temps sont globalement ralentis ; en définitive, il a été estimé que le tableau confirmait globalement l'évaluation pratiquée en 2006 avec, au premier plan, des difficultés mnésiques et attentionnelles conséquentes et un ralentissement plus important en 2006 ; le tableau a été défini comme clairement entaché de facteurs psychiques (anxiété de fond et réaction de panique lors des tâches entrevues comme trop difficiles, éventuellement état dépressif au vu des remarques auto-dévalorisantes) qui entravent notamment une bonne mémorisation et une bonne utilisation des ressources exécutives ; quel que soit l'étiologie des troubles, le tableau cognitif est désormais d'un degré d'atteinte suffisamment important pour entraver un travail dans l'économie de marché.

E. 20

L'intimé, dans ses écritures du 21 février 2013, a persisté dans ses conclusions.

E. 21

Par écriture du 22 février 2013, le recourant a fait de même.

E. 22

Le 23 décembre 2013, la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au docteur L_____, médecin psychiatre et psychothérapeute au département de médecine communautaire de premier recours et des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

- 10/17-

A/2552/2012 La Cour a constaté que si le Dr G_____ n'avait retenu que les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de toxiques et de troubles de l'adaptation, dont il avait estimé qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, les médecins traitants, eux, avaient conclu à une totale incapacité de travail, en raison de troubles obsessionnels compulsifs, d'une anxiété généralisée et d'un trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence. Qui plus est, le Dr F_____ avait fait état d'éléments objectifs dont l'expert ne semblait pas avoir tenu compte (TOC et conséquences de ceux-ci, fait que l'assuré n'avait jamais été capable de mener une formation à son terme ni de conserver un emploi, nouvelle évaluation neuropsychologique effectuée en janvier 2013).

E. 23

Le Dr L_____ a rendu son rapport le 12 mai 2014, sur la base de trois entretiens avec l'assuré, de téléphones avec son psychiatre traitant, avec son médecin traitant et avec son assistante sociale, ainsi que de l'intégralité du dossier mis à sa disposition. Après une anamnèse détaillée, l'expert a relayé les plaintes de l'assuré avant d'exposer en détails ses propres constatations objectives à l'examen. Il a précisé n'avoir pas sollicité de nouveau bilan neuropsychologique en raison de la proximité de celui réalisé le 25 janvier 2013. Ont finalement été retenus le diagnostic de personnalité anxieuse dépendante avec trouble anxieux mixte et dysthymie, ainsi que celui de syndrome de dépendance au cannabis. L'expert a repris un par un tous les diagnostics qui avaient été évoqués s'agissant de

l'assuré en expliquant les raisons qui l'avaient amené à les retenir ou à les écarter : - la toxicomanie avait été constatée par plusieurs médecins et était reconnue par l'intéressé lui-même, mais la rémission concernant les opiacés avait été constatée depuis de nombreuses années et ne faisait pas de doute, tout comme la consommation excessive d'alcool ; seule une consommation régulière de cannabis à raison de deux joints par jour nécessaires à induire le sommeil persistait ; l'expert l'a qualifiée de dépendance « canalisée » de faible gravité ; - l'expert a relevé que le trouble dépressif récurrent signalé par le Dr F_____ en 2011 n'avait pas été décrit précisément et ne correspondait pas aux critères de la CIM-10 ; il n'avait d'ailleurs pas été repris par le Dr G_____ en 2012 ; le Dr F_____ avait pourtant confirmé ce diagnostic lors de son audition, sans l'expliquer ; l'expert a dit avoir pour sa part constaté une humeur légèrement abaissée, sans que l'on puisse évoquer un épisode dépressif à proprement parler ; considérant que les critères d'un trouble dépressif récurrent n'avaient

- 11/17-

A/2552/2012 jamais été démontrés, mais qu'il y avait des plaintes dépressives anciennes et chroniques, il a retenu pour sa part le diagnostic de dysthymie ; - les troubles anxieux avaient été évoqués en premier lieu par l'assuré lui-même et signalés également par le Dr F_____ qui les avait décrits de façon précise dans son rapport du 26 mai 2011 ; ils avaient également été relevés par le Dr G_____ en 2012, mais ce médecin avait finalement écarté un diagnostic spécifique en raison de la présence d'un nombre trop faible de symptômes et de la consommation d'alcool et de cannabis, censée être anxiogène ; le Dr G_____ avait également écarté le TOC, dont il n'avait pas constaté les signes ; le Dr F_____ avait confirmé le trouble anxieux en novembre 2012, en le décrivant à nouveau de façon précise ; l'expert judiciaire a indiqué avoir lui aussi observé des troubles anxieux ; il a considéré que les arguments du Dr G_____ pour écarter ce diagnostic n'étaient pas convaincants : d'une part, les symptômes anxieux tels que décrits par les médecins et le patient étaient nombreux et variés, d'autre part, la consommation de cannabis et d'alcool n'est pas connue pour être systématiquement anxiogène et apparaît chez l'assuré comme une tentative d'automédication anxiolytique ; l'expert judiciaire a retenu pour sa part le diagnostic de trouble anxieux et, au vu de la symptomatologie très riche décrite dans le cas de l'assuré, comprenant des tendances phobiques et obsessionnelles, l'a précisé en celui de trouble anxieux mixte ; - enfin, bien que le diagnostic de trouble de la personnalité n'ait pas été évoqué jusqu'alors, l'expert a constaté que l'assuré avait présenté des perturbations du fonctionnement psychique et des relations interpersonnelles de façon précoce, qu'il avait suivi un parcours prolongé de polytoxicomanie qui avait longtemps masqué un trouble profond du fonctionnement de la personnalité, qu'après sa sortie de dépendance aux produits, ce trouble était apparu au premier plan et avait constitué l'obstacle principal à sa réinsertion sociale et que désormais, les traits de tension émotionnelle, de dépendance, d'abandonnisme, d'évitement, de repli psychosocial et de sentiment d'incompétence étaient clairement observables ; ils ont conduit l'expert à retenir le diagnostic de personnalité anxieuse dépendante, dont il a souligné qu'il était décompensé c'est-à-dire qu'en d'autres termes, les traits de personnalité s'exprimaient par des symptômes de maladie justifiant les diagnostics complémentaires ; - quant aux troubles cognitifs décrits par l'assuré et rapportés par certains intervenants comme son assistante sociale, ils avaient été évalués en janvier 2013 par le Dr I_____ et Madame K_____ ; il s'agissait essentiellement de troubles de l'attention et de la concentration, en rapport avec les troubles anxieux et ne justifiant donc

pas de diagnostic spécifique.

- 12/17-

A/2552/2012 En conclusion, l'expert a estimé que les troubles psychiques influençaient fortement la capacité de travail au vu des limitations suivantes : fatigabilité secondaire à la nécessité de lutter contre les troubles anxieux et sensibilité au stress et aux relations interpersonnelles limitant la durée de l'efficacité dans une tâche nécessitant un certain rendement. L'expert a estimé que la capacité de travail exigible ne dépassait pas 50%. Qui plus est, sur le plan qualitatif, la capacité de travail était limitée par le risque de crises anxieuses aiguës et de désorganisation psychique en cas d'exposition au stress ou aux conflits. L'expert a expliqué qu'il était difficile à l'assuré d'agir dans le cadre d'un groupe professionnel, d'une structure fortement hiérarchisée ou d'une astreinte à un rendement élevé. Il n'était pas en mesure d'assumer une activité nécessitant initiative ou capacité d'adaptation. Les capacités résiduelles étant donc très limitées sur le plan qualitatif, l'évaluation médico-théorique confinait à la question de l'employabilité. Cependant, les capacités de l'assuré n'étaient pas totalement nulles puisqu'il pouvait se concentrer plusieurs heures de suite sur un jeu vidéo, faire ses courses et son ménage, préparer ses repas, rencontrer des personnes dans son quartier et s'approvisionner en cannabis. Finalement, eu égard à la symptomatologie encore présente, l'expert a conclu à une capacité de 50% dans un poste adapté, c'est-à-dire peu stressant, sans contacts sociaux ou interprofessionnels importants, sans obligation de rendement élevé, sans contraintes hiérarchiques marquées et ne demandant ni initiative ni adaptations fréquentes et ce, depuis le 1er mai 2014. En revanche, la capacité à exercer l'activité habituelle était nulle. Entre 2007 et 2011, l'état de santé de l'assuré s'était dégradé et sa capacité de travail avait diminué, passant d'environ 100% à 0%, pour rester à 0% dans un poste non adapté et à 50% dans un poste adapté.

E. 24

Par écriture du 16 juin 2014, l'intimé a soutenu que l'avis du Dr L_____ ne consistait qu'en une appréciation différente d'un même état de faits par rapport à l'opinion du Dr G_____, dont il a allégué qu'elle devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

E. 25

Le recourant s'est déterminé le même jour en alléguant être parfaitement incapable d'exercer la moindre activité professionnelle.

E. 26

Le 23 décembre 2014, la Cour de céans a partiellement admis le recours en ce sens qu'elle a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour examen du degré d'invalidité et nouvelle décision. La Cour s'est référée aux conclusions de l'expert judiciaire psychiatre et a considéré que l'état psychique de l'assuré s'était aggravé depuis décembre 2005 - date de la décision initiale, au demeurant basée sur les problèmes physiques de

- 13/17-

A/2552/2012 l'assuré - et retenu une capacité résiduelle de 0% depuis mars 2011 et de 50% dans une activité adaptée depuis le 1er mai 2014.

E. 27

Saisi par l'intimé, le Tribunal fédéral, par arrêt du 4 septembre 2015 (9C_128/2015) a partiellement admis le recours de l'Office et renvoyé la cause à la Cour de céans pour complément d'instruction et nouvelle décision. Considérant qu'il était notoirement admis que la négation fait partie intégrante de l'alcoolisme, le TF reproché à l'expert judiciaire de s'être fondé exclusivement sur les déclarations de l'intéressé pour poser son diagnostic, sans les mettre en perspective avec d'autres sources d'information (tests biologiques, par exemple).

E. 28

Par écritures des 19 octobre et 5 novembre 2015, les parties ont indiqué n'avoir pas de questions supplémentaires à poser à l'expert qui serait désigné.

EN DROIT

1. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain,

- 14/17-

A/2552/2012 ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225; VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319).

En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme ; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou

une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013). 2. a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'AI, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

- 15/17-

A/2552/2012 moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).. c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 3. En l'espèce, il convient d'ordonner une nouvelle expertise suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, afin de tirer au clair la question de savoir si une aggravation de l'état de santé est intervenue, depuis quand et quelles en sont les conséquences en termes de capacité de travail et de gain. Il conviendra également d'établir si la dépendance de l'assuré

est la cause d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité.

- 16/17-

A/2552/2012 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles, avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, avoir éventuellement consulté les médecins de l'assuré et s'être entouré, au besoin, d'avis de tiers. 2. Confie l'expertise psychiatrique au Dr M_____. 3. Charge l'expert d'établir un rapport répondant aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée du cas. 2. Données subjectives et plaintes de l'assuré. 3. Constatations objectives 4. Diagnostic(s) 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun (faible, moyen, grave) ? 6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? 7. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Veuillez étayer votre réponse par les examens nécessaires.

Si oui : Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale ? Si oui, laquelle ?

A l'inverse, cette dépendance résulte-t-elle d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? Si oui, laquelle ? 8. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent. 9. Le cas échéant, dater la survenance de l'incapacité de travail durable. 10. Les atteintes éventuelles à la santé entraînent-elles une incapacité de travail et à quel taux ? a) dans l'activité précédemment exercée b) dans une autre activité.

- 17/17-

A/2552/2012

Existe-t-il une activité adaptée aux limitations du recourant ? Laquelle ? Y aurait-il diminution de rendement ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger de l'assuré une telle activité ? 11. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans le temps depuis septembre 2007 et comment a évolué sa capacité de travail ? S'il y a eu aggravation, à quand celle-ci remonte-t-elle précisément ? 12. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail de l'assuré diffèrent des conclusions des autres médecins s'étant déjà exprimés (notamment l'expert G_____ ou les médecins traitants), veuillez en expliquer les raisons. 13. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? 14. Pronostic 15. Toute remarque utile et proposition de l'expert 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 5. Réserve le fond. 6. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.

La greffière

Marie-Catherine SÉCHAUD

La Présidente

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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