

GE_GERICHTE A/1333/2014 vom 9. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1333_2014

FR: GE_GERICHTE A/1333/2014 du 9 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/1333/2014 del 9 febbraio 2016

Erwägungen

E. 2

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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les différentes modifications qu'a subies la LAI notamment depuis que le recourant a déposé sa demande de prestations de l'AI, le 24 octobre 2011, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier 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). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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 présent recours porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, en particulier à des mesures de réadaptation (art. 8 ss LAI) ou à une rente d'invalidité (art. 28 ss LAI). L'intimé retient que le recourant ne subit pas d'atteinte à la santé qui soit invalidante, autrement dit que son atteinte à la santé n'a aucune influence sur sa capacité de travail et de gain, et qu'elle ne l'empêche pas d'avoir une activité professionnelle. Aussi lui nie-t-il le droit tant à des mesures d'ordre professionnel qu'à une rente d'invalidité. Le recourant conteste cette décision en des termes assez généraux dont se déduit, au-delà de l'imprécision de ses écritures à cet égard, qu'il conclut principalement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel (une « aide à l'insertion » [selon son recours du 12 mai 2014], des « mesures d'intégration professionnelle » [selon sa réplique du 24 juillet 2014], des « moyens de réadaptation » pour sortir de l'aide sociale [selon ses courriers des 13 et 21 novembre 2014], de l'« expérience de réadaptation professionnelle » de l'AI [selon son

courrier du 24 octobre 2015]), mais aussi, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

E. 4

a. Au titre des prestations que prévoit la LAI figurent les mesures de réadaptation, qui sont destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI). L'octroi de ces mesures suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). b. Selon l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPG) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles et mesures d'occupation, en tant qu'elles visent la réadaptation professionnelle (al. 2). Ces mesures ont pour but d'améliorer les instruments de réadaptation pour le groupe des malades psychiques ; les mesures socioprofessionnelles doivent permettre l'accoutumance au processus de travail, la stimulation de la motivation, la stabilisation de la personnalité, la socialisation de base, et les mesures d'occupation sont axées sur la réinsertion professionnelle (art. 4 quater ss du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201 ; Pierre-Yves GREBER, *op. cit.*, n. 254 ss ; Michel VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique*, 2011, n. 1594 ss). c. La LAI prévoit, à ses art. 15 ss, plusieurs mesures d'ordre professionnel, à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel, le placement, l'allocation d'initiation au travail, l'aide en capital, les indemnités journalières (art. 5 à 7 RAI ; Pierre-Yves GREBER, *op. cit.*, n. 287 ss ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 1615 ss, 1626 ss, 1674 ss, 1717 ss, 1732 ss, 1739 ss).

E. 5

a. Quant à lui, l'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 LPG et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 (art. 7 al. 1 LPGGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 156 ss, 160 ss). c. Les atteintes à la santé psychique et mentale peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGGA. Il n'y a cependant incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGGA). On ne considère dès lors 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 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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). d. 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). 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 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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

E. 6

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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). L'exigence d'un fondement médical à l'invalidité vaut aussi pour les mesures de réadaptation, non seulement pour les mesures médicales (art. 12 s. LAI ; ATAS/427/2015 du 16 juin 2015 consid. 6a), mais également pour les mesures d'ordre professionnel, puisque, de façon générale, l'assuré doit être invalide ou menacé d'invalidité pour avoir droit à de telles mesures, à teneur même de l'art. 8 al. 1 LAI, qui, à l'instar de l'art. 4 al. 1 LAI, renvoie à la définition générale de l'invalidité figurant à l'art. 8 LPGA. Cependant, pour l'octroi de mesures de réadaptation, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité ; il suffit que sa nature et sa gravité soient telles qu'elle puisse ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI), et il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain (art. 1 novies RAI ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 260 s. ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1324 ss).

E. 7

a. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). b. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). Sans remettre en question ce principe de libre appréciation des preuves, la jurisprudence a développé des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une

appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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. 3b/cc). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 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). De même, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 8

a. En l'espèce, selon l'intimé, le recourant ne subirait pas d'atteinte à la santé qui soit invalidante ; son atteinte à la santé n'aurait aucune influence sur sa capacité de travail et de gain ; elle ne l'empêcherait pas d'avoir une activité professionnelle. b. L'intimé a fondé son avis sur le rapport d'expertise établi le 22 janvier 2014 par le Dr G_____, spécialiste FMH

en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce dernier, le recourant ne souffrait ni d'un trouble dépressif ou anxieux, ni d'un trouble psychotique franc ; il présentait certes des traits de la personnalité schizoïde, toutefois sans remplir les critères d'un trouble de la personnalité, en tout état pas suffisamment grave pour être incapacitant en soi. Il n'avait pas non plus d'atteinte à la santé physique ou mentale causée par la toxicomanie et incapacitante en soi, même si on pouvait conclure à un syndrome de dépendance aux opiacés. Il n'avait jamais eu d'incapacité de travail sur la durée pour cause de maladie psychiatrique. c. Le dossier comporte à cet égard plusieurs avis médicaux divergents, exprimés tant antérieurement que postérieurement au rapport d'expertise du Dr G _____. Ainsi, le médecin traitant du recourant – à savoir le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne – a posé le 14 décembre 2011 et réaffirmé les 20 juin 2012 et 27 février 2013 le diagnostic de trouble de la personnalité de type schizoïde (F60.1), avec effet sur la capacité de travail, depuis l'adolescence, en plus du diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F11.25 et F11.22), quant à eux sans effet sur la capacité de travail. Selon un rapport du 25 avril 2014 de la Dresse H _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le recourant souffrait, en plus d'un syndrome de dépendance aux opiacés, d'un trouble anxio-dépressif, en voie de rémission sous traitement approprié, et sa capacité de travail en était affectée. Moins de deux mois plus tard, soit le 16 juin 2014, le Dr J _____, lui aussi spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé chez le recourant des symptômes compatibles avec un diagnostic de psychose de type schizophrénique (évoqueurs de schizophrénie simple [F20.6], de schizophrénie hétérotypique [F20.1] et de troubles schizotypiques [F22]), pouvant au surplus expliquer sa dépendance aux opiacés, et le rendant incapable de travailler. Nonobstant les apparences de force probante que pouvait avoir le rapport d'expertise du Dr G _____, ces avis divergents comportaient suffisamment d'éléments justifiant d'ordonner une expertise judiciaire. En particulier, si ceux du Dr B _____ émanaient du médecin traitant non spécialiste de la discipline médicale considérée (la psychiatrie), ils étaient à la fois circonstanciés et pondérés, et étaient établis par un médecin connaissant bien le recourant pour l'avoir suivi régulièrement depuis novembre 2006. Le Dr J _____ avait relevé notamment les risques, eu égard à l'attitude du recourant, que les troubles de ce dernier échappent à l'observateur et souligné la nécessité d'un examen approfondi, ce qu'a confirmé le rapport de la Dresse K _____ du 20 septembre 2015. d. Sur le plan formel, cette expertise judiciaire remplit les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues par la Dresse K _____ résultent d'une analyse complète de la situation médicale. Le rapport en question contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques ainsi que, pour finir, une discussion générale du cas. Il sied également de relever, d'ailleurs aussi au crédit de la valeur matérielle dudit rapport, que l'experte judiciaire a fondé son rapport sur quatre entretiens d'une heure avec le recourant, un entretien avec le Dr B _____ et un entretien avec le Dr J _____, en plus de la lecture du dossier ; le défaut d'entretien avec le Dr G _____ tient au fait que ce dernier n'a pas souhaité s'exprimer. Sur le fond, l'avis de l'experte judiciaire n'est pas diamétralement opposé à celui du Dr G _____, d'une part en tant qu'il écarte le diagnostic de dépression et d'autre part en tant qu'il situe bien la problématique psychiatrique du recourant dans le domaine de la personnalité schizoïde, en retenant cependant non seulement des traits d'une telle personnalité mais en posant le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde, ayant valeur de maladie mentale générant un handicap très important. Cet avis rejoint celui du Dr B _____, qui, lui aussi, avait posé

ce diagnostic. Il n'est pas au surplus en contradiction avec l'avis qu'avait exprimé le Dr J_____ (tout en soulignant la nécessité d'un examen encore plus approfondi), dès lors que ledit trouble se situe dans le territoire très proche du trouble psychotique évoqué par ledit psychiatre. Dans une approche confortant la pertinence de l'avertissement du Dr J_____ quant au risque que les troubles du recourant soient masqués par le caractère en apparence combattif et argumentatif de ce dernier, la Dresse K_____ a relevé et analysé à la fois divers traits relevant de la normalité et le mode de fonctionnement du recourant, caractérisé, au-delà des apparences, par des angoisses, la recherche de l'isolement, la fuite devant les interactions sociales, amicales et affectives, un émoussement des émotions, ainsi que la victimisation, la projectivité et le déni, autant de caractéristiques dénotant des problèmes structurels de la personnalité, liés à des processus de blocage survenus précocement dans son développement psychique. Les objections soulevées par le SMR notamment quant à une faible importance ou gravité de souffrance personnelle, d'isolement, de manifestations de crises, d'instabilité, ne convainquent pas que le diagnostic posé par l'experte judiciaire pourrait être erroné, d'autant moins d'ailleurs qu'il n'apparaît pas qu'elles émaneraient d'un spécialiste de la discipline médicale ici déterminante et qu'elles tendent surtout à remettre en cause l'effet dudit diagnostic sur la capacité de travail du recourant. À ce dernier sujet, l'avis du Dr G_____, repris par le SMR et l'intimé, est isolé ; sans préjudice des remarques formulées plus loin à propos d'un pronostic d'amélioration de la capacité de travail du recourant, il y a entre les autres médecins s'étant exprimés (soit les Drs B_____, H_____, J_____ et K_____) une convergence convaincante que le recourant est affecté dans sa capacité de travail par le trouble dont il souffre. S'agissant de la dépendance du recourant aux opiacés, en elle-même admise par chacun des médecins, elle noircit assurément le tableau, mais il subsiste un doute qu'elle participe en l'espèce de l'invalidité que présente le recourant, conçue juridiquement, dans le sens soit qu'elle aurait provoqué son atteinte à la santé, soit qu'elle résulterait de ladite atteinte à la santé. Le Dr B_____ ne s'est pas prononcé à ce propos. Pour le Dr G_____, le recourant ne présentait pas de troubles psychiatriques qui seraient un facteur causal plus ou moins déterminant de sa toxicomanie. La Dresse H_____ a simplement relevé que le recourant avait manifesté son état d'anxiété handicapant depuis son adolescence, époque à laquelle il avait commencé à consommer du cannabis quotidiennement pour se calmer et ne plus ressentir son anxiété, puis de l'héroïne depuis l'âge de 24 ans. Le Dr J_____ a émis l'hypothèse, présentée comme une possibilité, que les troubles psychiatriques du recourant expliquent sa dépendance aux opiacés, qui avaient pu servir d'automédication permettant d'atténuer les manifestations. Invitée par le mandat d'expertise à se déterminer sur la question, l'experte judiciaire a relevé que, chez le recourant, l'apparition d'angoisses primitives avait précédé la prise de toxiques, et que son trouble de la personnalité schizoïde avait probablement été à l'origine de la prise de cannabis et du passage ultérieur du cannabis à l'héroïne ; en réponse à la question spécifique, elle a indiqué qu'en plus de ses troubles, le recourant présentait des troubles mnésiques pouvant être en partie imputables à sa toxicomanie, et elle a ajouté que, malgré une substitution à la méthadone, il continuait à consommer épisodiquement de l'héroïne, utilisée comme anxiolytique. Dans ces conditions, il n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que la comorbidité psychiatrique du recourant constitue davantage qu'une cause le cas échéant secondaire de sa dépendance aux opiacés. e. Si la toxicomanie ne peut en l'espèce être retenue comme représentant une cause d'invalidité, il n'en demeure pas moins que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, le recourant souffre d'une atteinte à la santé, dont le diagnostic posé – de

façon convaincante pour le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, et donc retenu par la chambre de céans – est celui de trouble de la personnalité schizoïde depuis l'adolescence, et que ce trouble, constitutif en l'occurrence d'un trouble mental grave, a été très durablement et apparaît demeurer source d'une incapacité de travail importante, dont – pour les motifs qui suivent – il suffit ici de préciser qu'elle était et reste (à tout le moins jusqu'au moment où l'intimé a rendu sa décision) supérieure à 50 %, sinon était et demeure totale. Le motif pour lequel l'intimé a refusé toute prestation de l'AI au recourant s'avère donc mal fondé.

E. 9

a. Du fait qu'il a nié toute invalidité, même toute incapacité de travail, l'intimé ne s'est pas prononcé sur le point de savoir si, en cas de réponse inverse à cette question, le recourant remplirait les autres conditions d'octroi de mesures de réadaptation, le cas échéant de laquelle ou desquelles, ou d'une rente d'invalidité, le cas échéant fondée sur quel taux d'invalidité à retenir. Il ne s'est pas non plus déterminé sur ces questions au cours de la présente procédure. Or, il importe que l'autorité administrative compétente se soit prononcée préalablement sur ces questions d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, avant que le tribunal des assurances (art. 57 LPGA) – soit la chambre de céans (art. 134 LOJ) – ne les examine. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées ; ATAS/938/2015 du 8 décembre 2015 consid. 2a). Aussi s'impose-t-il d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour nouvelle décision, au besoin après avoir ordonné une instruction complémentaire sur les points pertinents et une nécessaire actualisation du dossier (ATAS/795/2015 du 20 octobre 2015 consid. 9).

b. Cette issue s'impose d'autant plus que le dossier ne comporte pas suffisamment d'éléments qui permettraient à la chambre de céans de statuer sur les questions précitées. Or, sied-t-il de rappeler, l'octroi d'une rente d'invalidité suppose que des mesures de réadaptation n'entrent pas en considération pour rétablir (ou maintenir ou améliorer) la capacité de gain (ou d'accomplir des travaux habituels) de l'assuré (art. 8 et 28 al. 1 LAI). À tout le moins principalement, le recourant, y compris encore dans ses observations finales du 24 octobre 2015, demande à bénéficier de mesures de réadaptation. Le Dr B_____ a exprimé l'avis que des mesures de réadaptation, en particulier un suivi psychologique régulier, était susceptible de réduire l'incapacité de travail du recourant, au point qu'une reprise d'activité à 50 % apparaîtrait envisageable au bout de deux à trois ans. Le Dr G_____ lui-même a indiqué que, sur le plan professionnel, le recourant pourrait « peut-être bénéficier d'une aide au placement, pour le cas où il y aurait droit ». Selon la Dresse H_____, des mesures d'intégration étaient nécessaires pour que le recourant puisse intégrer le marché du travail. De son côté, le Dr J_____ a conditionné le suivi d'un programme de réinsertion professionnelle à une prise en charge spécialisée. La Dresse K_____ s'est montrée très réservée quant aux perspectives de reprise d'une activité lucrative par le recourant, ne serait-ce qu'à terme ; pour elle, une psychothérapie avait peu de chance d'aboutir chez le recourant, mais il semblerait pertinent d'accompagner la prise en charge médicale adéquate entreprise par le médecin traitant par une activité adaptée à son trouble ; la capacité de travail ne pourrait être améliorée par des mesures médicales, mais une activité occupationnelle semblait envisageable en vue d'une éventuelle réintégration professionnelle. Il ne se dégage pas de ces avis et rapports médicaux une réponse claire et emportant la conviction au degré de vraisemblance suffisante quant à l'octroi ou au refus de mesures de réadaptation.

E. 10

Le recours étant admis, un émolument doit être mis à la charge en l'occurrence de l'intimé, étant précisé qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, ledit émolument sera arrêté à CHF 200.-. Le recourant n'est pas représenté par un mandataire professionnellement qualifié, et il n'allègue ni ne démontre avoir eu des frais particuliers en lien avec le présent recours. Il ne lui sera pas alloué d'indemnité (art. 61 let. g LPGA). * * * * * 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.