

GE_GERICHTE A/1632/2013 vom 17. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1632_2013

FR: GE_GERICHTE A/1632/2013 du 17 février 2014

IT: GE_GERICHTE A/1632/2013 del 17 febbraio 2014

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur L _____, domicilié à GENEVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. M. L _____ (ci-après : l'assuré), né en 1971, de nationalité suisse, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce, a exercé comme dernier emploi une activité de « postal clerk » du 1^{er} mars 1999 au 28 juillet 2009 – avec un dernier jour effectif de travail au 14 novembre 2008 – pour X _____ ; il était assuré pour une indemnité perte de gain maladie auprès de la CAISSE VAUDOISE, devenue EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : la caisse). 2. Le 11 mai 1999, l'assuré a subi une intervention par le Dr A _____, FMH chirurgie, à l'hôpital Y _____, soit une neurotomie sympathique par thoracoscopie à droite pour éphidrose céphalique et érythrophobie ainsi qu'une excision d'un kyste sébacé du dos. 3. Le 28 janvier 2005, le Dr B _____ a adressé l'assuré au Dr C _____, FMH gastroentérologue, interniste. 4. Le 2 février 2006, le Dr D _____, de la division de pneumologie des HUG, et le Dr E _____, de la consultation et laboratoire du sommeil, ont conclu à un enregistrement polysomnographique en faveur d'un syndrome d'apnées et d'hypopnées du sommeil modéré. 5. Une IRM de la colonne cervicale du 25 juillet 2007 a conclu à une discopathie double au niveau C3-C4 avec une prédominance droite et une ébauche d'uncarthrose, mais sans sténose foraminale et au niveau C5-C6 avec une petite saillie médiane provoquant une empreinte sur le fourreau dural qui est très modérée et médiane. Le reste de la colonne cervicale est dans un état satisfaisant. 6. Le Dr B _____ a attesté d'une incapacité totale de l'assuré du 14 novembre 2008 au 11 mai 2009, indemnisée par la caisse, (conformément à un arrêt du 19 avril 2010 du Tribunal cantonal des assurances sociales ATAS/390/2010). 7. A la demande de la caisse, le Dr B _____ a rendu un rapport médical le 13 janvier 2009 dans lequel il pose le diagnostic de syndrome dépressivo-anxieux développé à la suite d'importantes difficultés professionnelles et indique qu'un traitement médicamenteux est administré à l'assuré (Remeron/Stilnox) et que celui-ci consulte à raison d'une fois par semaine une psychologue. Le patient est abattu, anxieux et très inquiet pour son avenir professionnel. Le pronostic est favorable si un changement de poste pouvait avoir lieu au sein de X _____. 8. Le 24 février 2009, la Dresse F _____, du département de psychiatrie des HUG, a attesté d'un suivi du 18 août 2005 au 2 octobre 2006 pour un état dépressif. 9. A la demande de la caisse, le Dr G _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise le 4 mars 2009 fondée notamment sur l'examen de l'assuré le 2 mars 2009 et un entretien téléphonique du 4 mars 2009 avec le Dr B _____. L'assuré a indiqué que des difficultés professionnelles avaient débuté lors de son transfert par son employeur en 2004 au service

du courrier. Il avait déjà souffert de symptôme dépressif et anxieux en 2003 et 2004. Il était suivi depuis août 2008 par une psychologue. L'expert pose les diagnostics de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F 43.2) depuis novembre 2008 et trouble de la personnalité évitante (F 60.6) depuis l'âge adulte, sans répercussion sur la capacité de travail. Les incapacités de travail attestées jusqu'ici pouvaient cependant être retenues. 10. Le 5 mars 2009, la caisse a informé l'assuré qu'elle verserait des indemnités journalières jusqu'au 8 mars 2009.![endif]>![if> 11. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, lequel était saisi d'une demande en paiement de l'indemnité journalière de l'assuré à l'encontre de la caisse, le Dr B _____ a attesté le 19 janvier 2010 qu'il suivait l'assuré depuis le 6 octobre 1997, qu'il avait posé le diagnostic de syndrome dépressivo-anxieux depuis le 17 octobre 2008 justifiant depuis le 14 novembre 2008 une incapacité totale de travailler, qu'il adhérait pleinement aux constatations du Dr G _____ mais qu'il ne partageait pas pleinement ses conclusions, une reprise de travail avant la mi-mai 2009 étant prématurée en raison d'un syndrome dépressif incapacitant, que depuis mai 2009 il ne délivrait plus de certificat d'arrêt de travail, l'incapacité de travail étant justifiée jusqu'au 11 mai 2009.![endif]>![if> 12. Le 26 janvier 2010, l'assuré s'est inscrit à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE).![endif]>![if> 13. Le 5 août 2010, le Dr H _____ du département de psychiatrie des HUG a attesté de consultations de l'assuré en 2005 et 2006, puis dès 2009, auprès de M. GOUSSE, psychologue. Il avait présenté un syndrome dépressif aggravé par son licenciement. Il souffrait de transpirations compensatrices invalidantes.![endif]>![if> 14. Le 27 janvier 2011, le Dr B _____, FMH médecine interne, onco-hématologie, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis octobre 1997 et que celui-ci souffrait d'une affection médicale ne lui permettant pas de travailler dans son domaine d'activité. ![endif]>![if> 15. Le 8 février 2011, l'assuré a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 16. L'assuré a participé le 28 février 2011 à un entretien de détection précoce.![endif]>![if> 17. Le 18 mars 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 18. Le 6 avril 2011, l'assuré a écrit à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OAI) que lors de son opération de sympathectomie thoracique, le chirurgien avait coupé à tort les niveaux T2 à T5 de sorte qu'il présentait des effets secondaires importants (transpirations compensatrices). Son père ainsi que ses oncles et tante avaient des problèmes cardiaques et son propre cholestérol était trop élevé.![endif]>![if> 19. Le 20 avril 2011, le Dr B _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un « TDA-BAS-personnalité de type BDL-toxicodépendance probable et oesophagie de relux ». Il suivait l'assuré depuis le 6 octobre 1997. Il présentait un état dépressivo-anxieux chronique, un trouble de l'attention majeur. Le patient se plaignait de ne pas pouvoir se concentrer sur une tâche. Il était suivi par la Dresse I _____, consultation rue Verte. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 novembre 2008 en raison de l'incapacité à accomplir une tâche simple et un trouble de l'attention. La capacité de concentration, d'adaptation et de résistance était limitée.![endif]>![if> 20. Le 2 mai 2011, X _____ a indiqué à l'OAI que le contrat avait été résilié en raison du caractère difficile de l'assuré, de difficultés à s'adapter et de conflits personnels.![endif]>![if> 21. Le 5 mai 2011, la Dresse J _____, FMH psychiatrie, psychothérapie, médecin-conseil de l'OCE, a rendu un préavis selon lequel l'assuré présentait une problématique psychique sévère le rendant inapte au placement et probablement définitivement. ![endif]>![if> 22. Le 29 juin 2011, la Dresse I _____, médecin interne au HUG, a rempli un rapport médical AI posant les diagnostics présents

depuis plus de deux ans de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, trouble anxieux généralisé et phobie sociale type généralisée. Elle suivait l'assuré depuis le 10 juin 2010. Elle a relevé que l'assuré avait bénéficié d'un premier arrêt maladie pour trouble psychiatrique en 2004. Il présentait des symptômes d'anxiété et une humeur triste depuis l'entrée dans l'âge adulte, s'étant progressivement péjorés et atteignant leur acmé en 2008 dans le contexte de difficultés professionnelles. Le tableau clinique était actuellement stable. Dans le dossier du patient apparaissaient des éléments de bilan de THADA réalisé par le Dr H _____ en 2010 sous forme d'auto questionnaires. Ce symptôme actuel était une symptomatologie anxio-dépressive d'intensité légère à modérée (thymie triste, anxiété, rumination, insomnie, désespoir, difficulté de concentration, dévalorisation altération de l'élan vital, fatigue, fatigabilité). Une reprise professionnelle était difficile à envisager à court terme ; pour les indications du traitement sexologique, il fallait s'adresser aux HUG. 23. Le 26 juillet 2011, la consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie des HUG a indiqué à l'OAI que le patient n'avait plus été vu depuis le 2 septembre 2010. 24. Par décision du 29 juillet 2011, l'OCE a prononcé l'inaptitude au placement de l'assuré depuis le 6 mai 2011 au motif que la Dresse J _____ avait exclu un retour à l'emploi et que l'assuré ne s'estimait pas apte à effectuer une mesure d'évaluation auprès de l'entreprise PRO. 25. Le 10 août 2011, l'assuré a fait opposition à la décision de l'OCE, laquelle a été rejeté par décision du 11 octobre 2011. Le 17 novembre 2011, son dossier a été annulé par l'OCE. 26. Par communication du 22 août 2011, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. 27. Le 21 septembre 2011, l'assuré a requis une décision de l'OAI. 28. Le 26 octobre 2011, le Dr K _____, médecin adjoint agréé au service d'addictologie des HUG, a rendu un rapport médical. L'incapacité de travail était justifiée depuis deux à trois ans. On observait sur un terrain déjà fragilisé par une phobie sociale et des ressources professionnelles moyennes, l'apparition suite à des stress professionnels importants et prolongés une péjoration du tableau clinique par l'apparition de multiples comorbidités : anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent. Une des manières de faire face s'était traduite dans de multiples consommations avec l'apparition d'une dépendance à l'alcool et à la cocaïne. Le THADHA était soit d'apparition tardive, soit d'apparition plus précoce contribuant aux difficultés d'apprentissage. La phobie sociale compliquait l'accès à de nouvelles expériences relationnelles et gravait l'aptitude à interagir en milieu professionnel. Les échecs répétés, la perception négative de soi, la baisse et l'inhibition du dynamisme compliquaient l'initiation et le maintien d'une recherche d'emploi ou d'une activité professionnelle. L'anxiété compliquait la gestion des stress en lien avec le travail en milieu compétitif. L'irritabilité d'apparition tardive compliquait le rapport à l'autorité. Les difficultés d'attention et de concentration rendaient plus difficile la réalisation de tâches même relativement simples. Les consommations pouvaient interférer avec l'ensemble. Les transpirations compensatrices favorisées par le stress et l'activité physique couplée à la phobie sociale compliquaient l'accès à des tâches et interactions sociales. Il a joint un bilan THADA. 29. A la demande de l'OAI, les Drs M _____, médecin chef de clinique, FMH psychiatrie et psychothérapie et N _____, médecine interne, aux HUG – Belle Idée, ont rendu le 27 août 2012 une expertise. L'assuré se plaignait d'hypersudation l'empêchant d'avoir une activité physique et une vie sociale normale, de problèmes au niveau cognitif (organisation, gestion des affaires administratives), une humeur triste, des ruminations, une irritabilité, de

consommation d'alcool et de cocaïne. L'examen neurologique montrait des résultats très déficitaires. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de phobie sociale (F40.1), depuis 1991 ; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), depuis 1990 ; trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'adulte, depuis l'enfance ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement de la drogue (F10.24), depuis 1997 ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F14.24), depuis 2000 ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de MDMA, utilisation nocive pour la santé (F15.1), depuis l'adolescence ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F17.24), depuis l'adolescence, syndrome d'apnée du sommeil, du type obstructif (F47.31), diagnostiqué en 2006 et hyperhidrose généralisée (F61.1), depuis 1999 ; et sans répercussion sur la capacité de travail dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision (F52.9), depuis l'adolescence. L'examen psychiatrique et neuropsychologique démontrait la présence de plusieurs pathologies psychiatriques et des déficits mnésiques, exécutifs et attentionnels importants, entravant la fonctionnalité de l'expertisé dans le quotidien. Les performances d'apprentissage étaient très sévèrement déficitaires, avec un profil suggérant des difficultés d'encodage et de récupération, avec la présence de multiples intrusions sémantiques lors de l'indigage. Les affections pouvant entraîner des atteintes cognitives étaient nombreuses (TDAH, SAS, trouble anxieux, symptomatologie dépressive, et surtout consommation importante de toxiques) et d'intensité importante, considérant l'alcool notamment. Concernant la question spécifique de l'AI (évaluation des conséquences du trouble de l'attention sur les performances et possibilité de « juger sa pertinence étant donné la composante thymique et toxique surajoutée »), ils ne pouvaient pas réellement s'aider du profil neuropsychologique pour qualifier l'intensité de l'atteinte du TDAH. L'anamnèse recueillie concernant l'enfance et l'âge adulte et les signes cliniques au cours de l'examen suggéraient très fortement qu'il s'agissait d'une forme mixte. En outre, l'évaluation neuropsychologique, avait eu lieu en partie sous l'effet de consommation d'alcool et de cocaïne de la veille par l'assuré. Par ailleurs, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité était souvent accompagné des comorbidités dont souffrait l'expertisé : troubles anxieux et de l'humeur fréquents, ainsi que les problèmes d'addiction à des substances (alcool, drogue : cannabis, héroïne, cocaïne), ces derniers étant présents à un moment de la vie, passée ou actuelle, chez 50 % des adultes souffrant de TDAH. Il était vrai que dans le cas présent, la consommation d'alcool semblait davantage répondre au trouble anxieux et de l'humeur (mais dont l'origine pourrait être, du moins partiellement, liée à la mauvaise estime dont souffraient souvent ces personnes), et que la cocaïne ne semblait pas avoir cet effet « paradoxal » calmant recherché par le patient TDAH. Pour toutes les pathologies évoquées jusqu'à maintenant, la capacité de travail de l'assuré était sérieusement atteinte, voire totalement absente. Les limitations se situaient au niveau somatique, psychiatrique et neuropsychologique. Au niveau somatique, l'hypersudation au moindre stress et à l'activité physique, et les déficits cognitifs et comportementaux liés à la consommation régulière des substances psychoactives (alcool, cocaïne) diminuaient véritablement la fonctionnalité de l'expertisé. Au niveau psychiatrique, la symptomatologie anxio-dépressive et phobique (irritabilité, intolérance au stress et aux frustrations, isolation) constituait une difficulté importante pour son intégration sociale et professionnelle. Au niveau neuropsychologique,

les déficits mnésiques, exécutifs et attentionnels importants liés au TDAH, au SAS, à la dépression et à la consommation de substances, entravaient la fonctionnalité de l'expertisé dans le quotidien. La capacité de travail était nulle depuis 2008. 30. Le 24 octobre 2012, la Dresse O _____ du SMR a estimé que des questions complémentaires aux experts étaient nécessaires ; en particulier, des diagnostics somatiques avaient été retenus ; le trouble dépressif était déclaré incapacitant alors qu'il était considéré en rémission ; vu la consommation d'alcool la question d'une dépression induite devait être discutée ; le TDAH n'avait pas empêché l'assuré de travailler ; il convenait de déterminer si la toxicomanie/alcoolémie était primaire ou secondaire. 31. Le 18 janvier 2013, le Dr N _____ a rendu un complément d'expertise. Il a retenu les atteintes suivantes, au premier plan : phobie sociale (F40.1), trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'adulte (F90), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F10.24), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F14.24). La phobie sociale, le trouble dépressif, le TDAH, le tableau anxio-dépressif avaient favorisé les consommations de sorte que la dépendance était secondaire à des psychopathologies primaires. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur était confirmé. Le trouble dépressif était en rémission ; il n'était pas à l'origine principale d'une incapacité de travail actuelle. L'examen neuropsychologique du 21 mai 2012 avait conclu à des capacités réellement altérées, indépendamment des facteurs biaisants (consommation d'alcool la veille, défaut d'effort). Les troubles cognitifs portaient principalement sur les aspects attentionnels, mnésiques et dans une moindre mesure exécutif. L'évolution du TDAH avait été progressivement incapacitante, avec répercussion dans la concentration. La capacité de travail était de 0 % en grande partie due aux déficits attentionnels, mnésiques et dans une moindre mesure, exécutif, liés au TDAH. Une réadaptation à 30 % pourrait être envisagée. La phobie sociale s'était péjorée depuis 1999 suite à l'opération d'éreutophobie, puis durant 2005 à 2008 où l'assuré vivait un stress professionnel intense. La consommation de substances péjorait le fonctionnement de l'assuré. En cas d'arrêt, l'assuré pourrait bénéficier de mesures d'adaptation professionnelle ; sous réserve de l'impact des psychopathologies de base sur son fonctionnement. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : a) les déficits cognitifs (atteintes attentionnels, mnésiques, exécutifs) d'origine mixte (TDAH, syndrome d'apnées du sommeil, consommation de substances psychoactives). b) La symptomatologie phobique (irritabilité, intolérance au stress et aux frustrations, isolation). L'intolérance au stress, l'irritabilité, l'accès compliqué à de nouvelles expériences relationnelles et la tendance à s'isoler, liés à la phobie sociale, avaient conduit l'assuré à de nombreux arrêts maladies et à son licenciement en 2008 pour « caractère difficile et difficultés à s'adapter » (selon rapport de l'employeur à l'AI, mai 2011). L'anxiété compliquait la gestion du stress en lien avec le travail en milieu compétitif. Les troubles cognitifs susmentionnés avaient un impact sur la capacité de travail en affectant la concentration, la mémoire et les fonctions exécutives de l'assuré, rendant difficile la réalisation de tâches, comme explicitement montré dans l'examen neuropsychologique. L'incapacité de travail était présente depuis 2008 et on pouvait envisager en cas d'arrêt de la consommation une réadaptation à 30 % dans des postes tranquilles et légers, sous contrôle. 32. Le 11 février 2013, la Dresse O _____ a rendu un avis médical selon lequel l'expertise complémentaire n'emportait pas sa conviction. L'anamnèse ne permettait pas de soupçonner un quelconque impact des

psychopathologies de base sur le fonctionnement de l'assuré. L'examen neuropsychologique du 25 mai 2012 n'était pas fiable, vu que l'assuré était sous substances psychoactives, de sorte qu'on ne pouvait établir un déficit cognitif durablement incapacitant. La symptomatologie dépressive et anxieuse était réversible à l'arrêt de la consommation. Une toxicomanie secondaire n'était pas démontrée, de sorte qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.![endif]>![if> 33. Par projet de décision du 18 février 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail de l'assuré était entière selon l'avis du SMR.![endif]>![if> 34. Le 18 mars 2013, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il contestait le projet de décision et que le SMR avait, sans l'examiner, systématiquement cherché à minimiser ses problèmes. Tous ses médecins-traitants et les experts arrivaient à la même conclusion, soit une incapacité de travail depuis quatre ans. Le poste occupé au X_____ concernait le tri du courrier et n'exigeait pas de grande capacité. Malgré cela, il avait commis de nombreuses erreurs et sa fragilité, avec le mobbing subi et les consommations accrues, avaient amené à un épuisement psychique profond et un retrait marqué. Il souffrait de transpirations compensatrices qui n'avaient pas été suffisamment prises en compte et les consommations de MDMA et de cocaïne avaient modifié son cerveau. ![endif]>![if> 35. Par décision du 17 avril 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 36. Le 23 mai 2013, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en relevant qu'il ne comprenait pas pourquoi le SMR s'écartait de tous les rapports et expertises qui allaient dans le même sens. Il a complété son recours le 24 juin 2013 en mentionnant que sa situation s'était empirée durant ces dernières années avec des problèmes de dépression chronique, dépendances, apnées du sommeil, douleurs du muscle du trapèze, transpirations compensatrices et de concentration.![endif]>![if> 37. Le 15 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le SMR avait clairement expliqué pourquoi il ne suivait pas les experts. ![endif]>![if> 38. Le 19 novembre 2013, la Cour de céans a requis des HUG une copie du rapport d'évaluation neuropsychologique du 20 mai 2012 de Mme P_____, celui-ci ne figurant pas au dossier.![endif]>![if> Le rapport précité se fonde sur une évaluation des 18 avril, 1 er et 8 mai 2012 de l'assuré. Il est relevé que la médication au moment de l'examen était de 10mg de Deroxat et que la Ritaline n'avait pas été prise pour l'examen. L'assuré s'était montré disposé à collaborer. La veille du premier rendez-vous, l'assuré avait consommé un demi-litre de vin blanc, quatre cigarettes, un demi-litre de bière forte et un demi-gramme de cocaïne. Les conclusions de l'examen étaient les suivantes : · Sur le plan clinique, un contact adéquat, mais un investissement dans les tâches qui pose question ; une agitation motrice qui s'exacerbe au fur et à mesure des séances, accompagnée d'une montée de la tension ; une lenteur et une fatigabilité conséquente.![endif]>![if> · Dans le domaine mnésique, des résultats extrêmement faibles dans les tâches épisodiques (d'apprentissage), dont le profil à l'une d'entre elles laisserait suggérer une absence de tout apprentissage ; de façon similaire, des résultats extrêmement déficitaires dans les épreuves d'empan, qui pourront s'améliorer sur demande d'effort à fournir. ![endif]>![if> · Dans le domaine exécutif, des signes de difficultés d'inhibition (erreurs anticipées à un test informatisées, intrusions sémantiques dans une épreuve mnésique) qui ne se trouve pas particulièrement dans une épreuve spécifique limités dans les épreuves d'incitation (avec une possible composante de vitesse de traitement), des difficultés dans certaines tâches seulement de planification (séquences gestuelles, copie d'une figure complexe).![endif]>![if> · Dans un domaine connexe, des

difficultés à la copie d'une figure complexe, demandant planification, appréhension de l'espace, avec notamment une faible aide du support visuel à la structuration de la figure.![endif]>![if> · Sur le plan attentionnel, un ralentissement tel que la quasi-totalité des épreuves (sauf fluence non verbale) chronométrées ou avec pression temporelle sont largement déficitaires, quelque soit le domaine investigué ; une difficulté à tenir compte de l'ensemble des éléments discriminant à une tâche de barrage de sigles (d2).![endif]>![if> · Un graphisme très régulier et net à l'écriture, en revanche noirci, bâclé dans les dessins.![endif]>![if> · Un résultat modérément déficitaire à une épreuve de raisonnement appréhendant l'intelligence fluide.![endif]>![if> · L'absence de signes d'altérations manifestes dans les domaines du langage, des praxies gestuelles et du calcul simple.![endif]>![if> Les résultats psychométriques étaient difficilement interprétables. Ils montraient en l'état des déficits d'une ampleur telles dans les tests mnésiques et attentionnels qu'ils étaient peu cohérents avec l'observation clinique (suivi de conversations, les souvenirs évocables, ...) et ce que l'on savait du fonctionnement cognitif d'autre part. Certes, dans le trouble déficitaire de l'attention, on relevait des troubles de la mémoire de l'attention, mais son ampleur ici était particulièrement importante et l'hypothèse d'un défaut d'effort était permis. D'ailleurs, un test de défaut d'effort dans le domaine mnésique semblait confirmer cette impression. Rendu attentif au caractère peu compréhensible de son profil lors de la dernière séance, les résultats à l'empan s'amélioraient pour se trouver dans les normes, en revanche les performances d'apprentissage demeuraient très sévèrement déficitaires, avec un profil suggérant des difficultés d'encodage et de récupération, avec la présence de multiples intrusions sémantiques lors de l'indigage. Si l'hypothèse de défaut d'effort ne pouvait pas être entièrement affirmée, bien que fortement pressentie, c'était que les facteurs d'atteinte à la cognition présents étaient nombreux (TDA-H, SAS, trouble anxieux, symptomatologie dépressive, et surtout consommation importante de toxiques) et d'intensité importante, considérant l'alcool notamment. On ne pouvait non plus pas ignorer les prises de toxiques et d'alcool de la veille de l'examen. Même si le défaut d'effort s'avérait probable, il paraissait en revanche assez certain que l'expertisé souffrait de troubles cognitifs majeurs, portant principalement sur les aspects attentionnels, mnésiques et dans une moindre mesure, exécutifs. Ainsi, on pouvait réellement s'aider du profil neuropsychologique pour qualifier l'intensité de l'atteinte du TDA-H, qui semblait lui, de par l'anamnèse recueillie à l'enfance et l'âge adulte, les signes cliniques au cours de l'examen, très probable, sous sa forme mixte. Par ailleurs, le trouble déficitaire de l'attention / avec hyperactivité était souvent accompagné des comorbidités dont souffrait l'expertisé : troubles anxieux et de l'humeur fréquents, ainsi que des problèmes d'addiction à des substances (alcool, drogue : cannabis, héroïne, cocaïne), ces derniers étant présents à un moment de la vie, passée ou actuelle, chez 50 % des adultes souffrant de TDA-H. Il était vrai que dans le cas présent, la consommation d'alcool semblait avoir davantage été utilisée pour répondre au trouble anxieux et de l'humeur (mais dont l'origine pourrait être, du moins partiellement, liée à la mauvaise estime dont souffrent souvent ces personnes souffrant de TDA-H), et que la cocaïne ne semble pas avoir cet effet « paradoxal » calmant pour le patient TDA-H. 39.

Le 13 janvier 2014, l'OAI a transmis un avis du SMR du 10 décembre 2013 (Dresse O _____) selon lequel la lecture de l'intégralité du rapport d'examen neuropsychologique confirmait la position du SMR (avis du 11 février 2013) en ce sens que les incohérences entre l'ampleur des déficits mesurés et l'observation clinique ainsi que les renseignements à disposition sur le fonctionnement cognitif apparaissaient manifestes ;

même si des troubles cognitifs sévères étaient manifestement présents, ils s'inscrivaient dans le cadre d'une consommation de toxique active ; au vu de la consommation de la veille de l'examen, même si l'assuré avait collaboré de façon optimale, il était impossible de discerner la part induite et potentiellement réversible des troubles, d'une part éventuellement durable ; en cas d'abstinence de plusieurs mois de l'assuré la situation pourrait être réévaluée. 40. Le 29 janvier 2014, l'assuré a indiqué qu'il était aidé par un conseiller juridique et a observé que le SMR, sans l'examiner, cherchait systématiquement à minimiser les problèmes constatés, que les médecins consultés arrivaient tous à la même conclusion, soit la constatation d'une incapacité de travail totale, qu'il avait tout essayé pour régler ses problèmes de dépression chronique, de dépendance, d'apnées du sommeil et de troubles de la concentration, en vain, que la consommation de cocaïne et d'alcool avait modifié ses capacités, que les transpirations compensatrices n'étaient pas prises en compte dans l'expertise, qu'elles augmentaient son retrait social, que le traitement par CPAP de l'apnée du sommeil était peu supporté, qu'il ne souhaitait pas prendre un nouveau risque par une opération mandibulaire, que le mobbing dont il avait été victime avait donné lieu au versement d'une indemnité de 15'000 fr. par le Tribunal des Prud'hommes, qu'enfin il s'étonnait de la mention d'une consommation la veille de l'examen car c'était bien là le problème, soit une consommation régulière et en augmentation de produits toxiques. 41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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. 2. a) 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 345 consid. 3). b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 18 mars 2011 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5 ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, eu égard au principe précité. 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. 4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail du recourant, à tout le moins dès septembre 2010, soit dans un délai de six mois avant sa demande de prestations. 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 1^{er} janvier 2008).

6. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48 al. 2 LAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

7. a) 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 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) 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).

c) 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que 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 (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

d) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir

l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 8. a) 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la

disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. a) 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).!endif]>![if> b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). c) 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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). 10. a) 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. 28 al. 2 LAI). 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 générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). !endif]>![if> 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). 11. a) En l'espèce, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique auprès des Drs M_____, médecin chef de clinique, FMH psychiatrie et psychothérapie aux HUG, et N_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, lesquels ont rendu leur rapport le 27 août 2012, complété, à la demande de l'intimé, le 18 janvier 2013.!endif]>![if> Force est de constater que cette expertise, fondée notamment sur trois entretiens avec l'assuré les 14, 22 mars et 12 avril 2012, remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle complète, une anamnèse psychiatrique qui met en avant cinq pathologies psychiatriques principales et une anamnèse somatique. Elle relate de façon précise les plaintes du recourant sur tous les plans concernés. Un examen neuropsychologique a complété l'expertise (effectué par Mme

P_____ les 18 avril, 1^{er} et 8 mai 2012). Les diagnostics posés sont clairs et motivés. Le recourant présente les atteintes suivantes avec répercussion sur la capacité de travail : Phobie sociale (F40.1) ; trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'adulte (F90) ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement de la drogue (F10.24) ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilise actuellement de la drogue (F14.24). Et sans répercussion sur la capacité de travail : Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de MDMA, utilisation nocive pour la santé (F15.1) depuis l'adolescence ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilise actuellement de la drogue (F17.24), depuis l'adolescence ; dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision (F52.9), depuis l'adolescence. Les experts ont conclu à une incapacité de travail totale du recourant depuis 2008 en raison de limitations somatiques, psychiatriques et neuropsychologiques, soit une hypersudation, une symptomatologie anxio-dépressive et phobique, ainsi que des déficits mnésiques, exécutif et attentionnel important liés au TDAH au SAS, à la dépression et à la consommation de substances, avec une incapacité à s'adapter à un environnement professionnel. Dans leur complément d'expertise, les experts ont précisé, à la demande de l'intimé, que le TDAH était présent depuis l'enfance, la phobie sociale depuis 1991 et le trouble dépressif depuis 1990, soit plusieurs années avant le début de la consommation d'alcool et de cocaïne. Le TDAH avait fragilisé la structure de personnalité du recourant et favorisé l'apparition de dépendances, tout comme le tableau anxio-dépressif, par la présence d'une thymie triste, d'idées de dévalorisation et de culpabilité. En conséquence, la dépendance était secondaire aux psychopathologies primaires (phobie sociale, trouble dépressif récurrent et TDAH). Les experts ont précisé qu'une symptomatologie anxiodépressive dans un contexte de stress professionnel intense était présente pendant les dernières années de travail du recourant et que c'était cette symptomatologie qui induisait une consommation de cocaïne et d'alcool à but thérapeutique. Les substances psychoactives maintenaient la symptomatologie anxio-dépressive mais n'étaient pas à l'origine du trouble. Les troubles neurocognitifs étaient réels, indépendamment des facteurs biaisant, ce qu'avait confirmé la neuropsychologue en relevant que le recourant souffrait de façon certaine de troubles attentionnels, mnésiques et, dans une moindre mesure, exécutifs. L'évolution du TDAH avait été progressivement incapacitante, avec répercussions dans la concentration dans sa vie adulte. La phobie sociale s'était péjorée depuis 1999 suite à l'opération pour éreutophobie et s'était étendue au domaine professionnel en 2005-2008, avec une intolérance au stress, une irritabilité, un accès compliqué à de nouvelles expériences relationnelles et une tendance à s'isoler. Les experts se sont écartés de l'expertise du Dr G_____, laquelle, selon eux, ne comprenait pas un examen neuropsychologique spécialisé, ne décrivait pas les épisodes anxio-dépressifs du passé ni ne prenait en compte les consommations de substances. Deux ans et demi après cette expertise, le Dr K_____ avait posé correctement le diagnostic de trouble dépressif récurrent, lequel correspondait mieux à un tableau clinique durable. La consommation des substances psychoactives péjorait clairement le fonctionnement du recourant et son arrêt pourrait rendre la symptomatologie partiellement réversible, sous réserve de l'impact que les psychopathologies de base avaient sur son fonctionnement (TDAH, phobie, potentiel récurrence du trouble dépressif récurrent). Il s'agissait d'une dépendance secondaire. Les

déficits cognitifs d'origine mixte et la symptomatologie phobique constituaient les limitations fonctionnelles et restrictions psychiques liées aux atteintes incapacitantes. L'intolérance au stress, l'irritabilité, l'accès compliqué à de nouvelles expériences relationnelles et la tendance à s'isoler, liés à la phobie sociale, avaient conduit le recourant à de nombreux arrêts maladie et à son licenciement en 2008 pour « caractère difficile et difficultés à s'adapter ». L'anxiété compliquait la gestion du stress en lien avec le travail en milieu compétitif. Les troubles cognitifs susmentionnés avaient un impact sur la capacité de travail en affectant la concentration, la mémoire et les fonctions exécutives du recourant, rendant difficile la réalisation de tâches, comme explicitement montré dans l'examen neuropsychologique. L'incapacité de travail était totale depuis 2008. Une capacité de travail de 30 % dans un poste tranquille et léger, sans contrainte, était envisageable en cas d'arrêt de la consommation des substances. b) La Cour de céans constate, au vu des conclusions de cette expertise, que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis 2008 en raison de limitations fonctionnelles dues principalement aux déficits cognitifs d'origine mixte (TDAH, SAS, consommation de substances psychoactives) et à la symptomatologie phobique. Les experts ont expliqué que le TDAH et la phobie sociale s'étaient aggravées durant la période 2005-2008, et avaient conduit avec la consommation de substances – débutées en 1997 par l'alcool et en 2000 par la cocaïne et qui s'étaient intensifiées dans le cadre du stress professionnel - à une incapacité de travail totale dès 2008. L'arrêt de la consommation des substances pouvait, au mieux, aboutir à une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée. La dépendance était secondaire aux psychopathologies primaires (phobie sociale, trouble dépressif récurrent, TDAH). Ainsi, le comportement addictif du recourant est-il accompagné d'une comorbidité psychiatrique antérieure à celui-ci et considérée par les experts comme étant à l'origine de la dépendance et suffisante pour justifier, en elle-même, une diminution de la capacité de travail du recourant d'au moins 70 %. Cette comorbidité psychiatrique a ainsi été jugée par les experts comme étant la cause de l'émergence de la dépendance du recourant de sorte que celle-ci est invalidante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée. c) L'intimé a refusé de suivre les conclusions de cette expertise en se fondant sur l'avis de la Dresse O _____ du SMR du 11 février 2013, selon lequel les conclusions de l'expertise sont écartées au motif que le recourant aurait présenté une capacité de travail jusqu'en 2008, nonobstant la présence du TDAH, de la phobie sociale et de l'hyperhidrose généralisée, et qu'ainsi seule la consommation de toxique aurait entraîné l'incapacité de travail actuelle du recourant. La Dresse O _____ a par ailleurs réfuté les conclusions de l'examen neuropsychologique au motif que le recourant avait consommé des substances la veille de l'examen. Elle a considéré que la symptomatologie dépressive et anxieuse faisait partie de la problématique toxicomaniaque, laquelle était réversible à l'arrêt de la consommation et que les diagnostics retenus par l'expert n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant. Or, cet avis, succinct et peu motivé, n'est pas à même de remettre en cause les conclusions claires de l'expertise, en particulier celle constatant l'existence d'une toxicomanie secondaire à une atteinte psychiatrique, elle-même incapacitante. La Dresse O _____ omet tout d'abord de mentionner la constatation de l'expert quant à une péjoration du TDAH et de la phobie sociale, en particulier entre 2005 et 2008, période durant laquelle le recourant a présenté de nombreux arrêts maladie et qui s'est terminée par son licenciement en 2008, celui-ci ayant d'ailleurs été motivé par l'employeur par un caractère difficile et des difficultés à s'adapter du recourant. En particulier, les experts ont expliqué le fait que la phobie sociale avait eu, entre 2005 et 2008, des répercussions dans le domaine

professionnel alors que jusque-là elle ne touchait que la vie personnelle du recourant, ce qui constituait une aggravation de son état de santé psychique. Il en était de même de l'évolution du TDAH qui avait été progressivement incapacitante. Or, la Dresse O _____ déclare que l'incapacité de travail est survenue à la suite d'une consommation de toxique allant en s'aggravant, sans expliquer en quoi la constatation des experts quant à l'aggravation du TDAH et de la phobie sociale serait erronée. La Dresse O _____ ne se prononce pas sur cette aggravation et part du principe, en contradiction avec l'anamnèse professionnelle, que le recourant a pu « mener à bien » sa vie professionnelle jusqu'à fin 2008, alors qu'en réalité il a rencontré de multiples problèmes et présenté plusieurs incapacités de travail ayant abouti à son licenciement. Par ailleurs, elle ne se prononce pas sur la conclusion de l'expertise selon laquelle en cas d'arrêt de la consommation des substances, seule une réadaptation à 30 % dans des postes tranquilles et légers sans contrainte liés à l'expérience professionnelle antérieure était envisageable. La Dresse O _____ considère ensuite qu'il est impossible d'établir un déficit cognitif durablement incapacitant sur la base de l'examen neuropsychologique. A cet égard, la neuropsychologue a considéré, malgré le contexte, soit un investissement fluctuant du recourant et des consommations la veille du premier entretien, que des capacités étaient réellement altérées. Ainsi, malgré le déficit d'effort, elle a considéré que le recourant souffrait de façon assez certaine de trouble cognitifs. Or, la Dresse O _____ n'explique pas en quoi ces conclusions ne seraient pas valables, en particulier pour quel motif une consommation la veille de l'examen et non pas juste avant celui-ci rendrait les conclusions des tests totalement inutilisables, ce d'autant que la neuropsychologue ne lui donne pas la même importance que la Dresse O _____ puisqu'elle relève seulement qu'« on ne peut pas non plus ignorer les prises de toxiques et d'alcool de la veille de l'examen » (rapport p. 6), tout en ayant précisé qu'au moment de l'examen la médication était uniquement de 10 mg de Deroxat (rapport p. 1) et conclut à des capacités du recourant réellement altérées. Au demeurant, l'avis de la Dresse O _____ n'est pas à même de mettre en doute les conclusions claires de l'expertise ordonnée par l'intimé, de sorte que celles-ci, qui constatent une incapacité de travail totale du recourant depuis 2008, doivent être suivies. Ainsi, le droit à la rente du recourant prend naissance, au plus tôt, le 1^{er} novembre 2009, soit à l'échéance du délai de carence d'une année selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Cependant, le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 18 mars 2011 le droit à la rente ne peut naître qu'au plus tôt le 1^{er} septembre 2011. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} septembre 2011. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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