

GE_GERICHTE A/3082/2018 vom 9. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3082_2018

FR: GE_GERICHTE A/3082/2018 du 9 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3082/2018 del 9 ottobre 2019

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 10 octobre 2016, indiquant souffrir de troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et d'un trouble dépressif récurrent depuis environ l'âge de 16 ans. À l'appui de sa demande, il a produit : - un rapport établi le 26 septembre 2016 par le docteur B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, de la Fondation Phénix, attestant que l'assuré souffrait de difficultés psychiques de longue durée et que son état de santé nécessitait une prise en charge dans un atelier protégé et/ou un centre de jour ainsi que d'un accompagnement psychosocial pour favoriser son intégration ; - un curriculum vitae, dont il ressort que l'assuré a suivi un apprentissage de dessinateur en ventilation de 1991 à 1993 (formation non achevée), dispose de bonnes connaissances générales en bureautique, en français, en espagnol ainsi qu'en anglais et a eu divers emplois entre 1994 et 2015 (manutentionnaire, collaborateur de production, ouvrier polyvalent) ; - un formulaire adressé à l'Hospice général le 20 octobre 2016, dans lequel l'assuré avait indiqué que sa dernière activité rémunérée avait été exercée au C_____, à Fribourg, comme employé polyvalent à 50%, du 13 janvier au 5 mai 2013 et qu'il avait cessé cette activité pour des motifs médicaux. Il souhaitait une rente à 50%, car sa santé ne lui permettait pas de travailler à 100%. Il allait bientôt commencer un emploi à la Fondation D_____ (début novembre). 2. Dans un rapport établi le 7 février 2017, le Dr B_____ a posé les diagnostics suivant au sujet de l'assuré : une personnalité anxieuse; un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission; un syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent avec un régime de substitution sous surveillance médicale, et un syndrome de dépendance à la cocaïne, en rémission partielle. Le trouble de personnalité anxieux était, actuellement, incapacitant à 50%, du fait de capacités diminuées de résistance au stress, d'adaptation avec un retentissement important sur les relations interpersonnelles (hypersensibilité à la critique et auto-dévalorisation quasi continue), d'une tendance à l'évitement des activités impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiqué ou rejeté et d'un risque de décompensation thymique et/ou addictologique quand le patient était soumis à des contraintes extérieures dépassant ses capacités actuelles de résistance et d'adaptation. Ce trouble semblait exister depuis l'adolescence. Depuis le début de son suivi au centre Phénix, en mars 2016, le patient avait présenté plusieurs périodes d'abstinence de quelques semaines vis-à-vis de la cocaïne et une abstinence prolongée vis-à-vis de l'héroïne. Ces abstinenances étaient confirmées par des analyses urinaires. Il avait présenté une récurrence dépressive en août 2016 ayant nécessité la réintroduction d'un

traitement antidépresseur. Depuis le début de son suivi, la symptomatologie du trouble de personnalité avait perduré, de manière relativement stable et indépendante vis-à-vis des phases de consommations occasionnelles de cocaïne et des fluctuations thymiques, avec le même impact sur la capacité de travail. 3. Une expertise psychiatrique a été confiée par l'OAI au professeur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. À teneur de son rapport du 29 mars 2018, cosigné par Madame F_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, l'expert a indiqué que l'expertise se fondait sur deux entretiens avec l'expertisé, les 14 et 21 mars 2018, un entretien téléphonique de dix minutes avec sa mère, le 20 mars 2018, un entretien téléphonique de dix minutes avec le Dr B_____, le 21 mars 2018, ainsi que l'étude du dossier. Le rapport contient une synthèse du dossier de l'expertisé, une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle ainsi que les plaintes et données subjectives de l'expertisé. L'expert a procédé à un status clinique et a résumé les renseignements obtenus auprès de tiers. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance sous substitution, utilisation épisode rare (F11.2) dès le début de l'âge adulte, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique rare (F14.2) dès le début de l'âge adulte. L'expertisé était issu d'un milieu soutenant et n'avait pas été exposé à des facteurs de risques psychosociaux jusqu'à son adolescence. Le début de ses consommations se situait à 12 ans avec le cannabis et une évolution rapide vers l'utilisation massive d'héroïne et de cocaïne. La trajectoire qui avait suivi était celle de la désinsertion psychosociale avec des passages par la prison pour des délits en lien avec le besoin de se procurer les substances. Les efforts du milieu familial avaient donné des résultats éphémères avec des rechutes rapides dans l'utilisation de l'héroïne en premier lieu. L'expertisé avait vécu quinze ans à Fribourg, au bénéfice de l'aide sociale, devenant progressivement de plus en plus dépendant et de moins en moins apte à s'intégrer dans un milieu professionnel ou social quelconque. Son parcours affectif avait été semé de relations sans lendemain, qui s'étaient déroulées dans le milieu de la drogue et/ou de la prostitution. À l'âge de 39 ans, l'expertisé avait repris contact avec ses parents, à l'occasion d'un énième placement en foyer. Une évolution positive lui avait permis de revenir à Genève, de s'inscrire dans une logique de soins addictologiques et d'avoir un appartement indépendant. Les consommations étaient, à ce jour, très bien contrôlées, sous traitement de substitution, et l'expertisé assumait une activité occupationnelle à la Fondation D_____. Il s'agissait d'une évolution très positive chez un homme sans pathologie psychiatrique notable autre que les addictions aux substances psychoactives. L'expertisé n'envisageait pas une reprise d'activité en milieu non occupationnel, s'estimant trop fragile et fatigable pour s'y exposer. Le suivi addictologique auprès de la Fondation Phénix était de qualité et contribuait à l'amélioration de son état psychique. Il avait une bonne collaboration avec ses thérapeutes sur le plan addictologique et pas de demande pour un suivi d'orientation psychothérapeutique en dehors du champ des addictions. Une brève tentative de réadaptation avait été interrompue à cause du départ de ses coéquipiers. Il s'agissait d'une situation claire de toxicodépendance primaire, qui ne posait pas de doutes sur le plan psychiatrique et qui avait été traitée comme telle. L'expertisé était apte à suivre une réadaptation à 100% dans un domaine qui tenait compte de sa fatigabilité et de son déconditionnement. Sa passivité, la tendance au repli et le détachement dont il faisait preuve étaient à inscrire dans la dynamique de son addiction. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en lien avec une comorbidité psychiatrique. Il n'y avait aucune perspective de reprise d'une capacité de travail en milieu usuel (celui de 2000)

à l'heure actuelle. Le maximum envisagé était une activité en milieu adapté non occupationnel. L'expertisé devait se retrouver dans un milieu encadrant avec une activité de préférence non manuelle, compte tenu de ses bonnes capacités intellectuelles. Il pouvait travailler huit heures par jour avec une augmentation progressive pour atteindre cet objectif en l'espace de six mois. Sa performance ne serait pas réduite durant ce temps de présence pendant une activité de ce type. La capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type dans le marché ordinaire du travail était de 100%. Un suivi addictologique était requis pour débiter une activité en milieu adapté, seul possible en l'état. Il n'y avait ni demande ni indication pour un autre type de travail psychothérapeutique. 4. Dans un rapport final du 9 mai 2018, le docteur G_____, médecin praticien, du SMR, a conclu, sur la base de l'expertise considérée convaincante, qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité et que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité, y compris l'activité habituelle, depuis toujours et sans limitations fonctionnelles. 5. Par projet de décision du 17 mai 2018, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. 6. Le 15 juin 2018, l'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Il avait bénéficié de plusieurs activités socioprofessionnelles dans un milieu protégé pour se réinsérer. La dernière était à H_____ informatique à la Fondation D_____, à Genève, du 21 novembre 2016 au 31 mars 2018. Dans le bilan d'activité professionnelle du 13 juin 2018, le coordinateur psychosocial avait mis en évidence que des difficultés importantes au niveau psychique et relationnel s'étaient manifestées, qui avaient diminué sa productivité, troublé les rapports de travail et, en conséquence, réduit sa capacité de travail. Ses difficultés avaient, dans un premier temps, freiné toute possibilité d'augmentation du temps de travail au-dessus d'un taux de 50% et, par la suite, empêché la poursuite de l'activité. C'était une activité jugée relativement simple (rédaction et journalisme) et légère qu'il n'avait exercée qu'à mi-temps et dans un milieu protégé où il était encadré par des professionnels spécialisés dans la réinsertion et les troubles psychiques. En plus, il était soutenu et coaché par les professionnels de la Fondation Phénix. Malheureusement, malgré ces conditions idéales pour une réinsertion et toute l'aide qui avait été mise en place, il avait été dépassé par les exigences, dans le sens qu'il était trop fragile au niveau psychique et que, malgré ses efforts, il n'arrivait pas à gérer les relations interpersonnelles. Dans un deuxième rapport médical du 15 juin 2018, son psychiatre, le Dr B_____, qui le suivait depuis 2016, attestait que ses difficultés étaient dues à un trouble de la personnalité et non à des problèmes de consommation. L'assuré tenait beaucoup à réussir son dernier essai de réinsertion professionnelle à la Fondation D_____, vu les multiples échecs qu'il avait déjà vécus, cela d'autant plus qu'au niveau addictologique, l'évolution était favorable. Sa motivation était démontrée, entre autres, par le fait qu'il avait, malgré ses difficultés psychiques et relationnelles importantes et invalidantes, poursuivi l'activité de réinsertion pendant seize mois. Sans motivation ni grande volonté d'avancer sur son chemin, il n'aurait même pas tenu deux mois. S'il avait dû mettre fin à son poste à H_____ et accepter un échec douloureux pour lui, c'était parce que ses troubles psychiatriques, tels qu'attestés par le Dr B_____, étaient trop importants pour qu'il puisse tenir. Au vu de ces éléments, il lui semblait évident que se réinsérer et garder un travail à plein temps dans le marché libre restait utopique. Il ne voyait donc pas comment il pourrait gagner sa vie en milieu ordinaire, dès lors qu'il n'arrivait même pas à garder un poste dans un milieu très protégé. Dans son parcours professionnel, il n'avait encaissé que des échecs lors de ses multiples essais de réinsertion, qui s'étaient déroulés dans des conditions très variées et des métiers et activités différents. Il n'avait jamais pu garder un poste plus de six mois, également pendant les

périodes où il consommait peu ou pas. Il avait trouvé lui-même une partie de ces postes au marché libre et d'autres lui avaient été attribués par l'aide sociale du canton de Fribourg et avaient eu lieu en milieu protégé. Dans les périodes avec peu ou sans consommation, il n'avait pas mieux réussi. Au contraire, la consommation l'aidait parfois à mieux tenir le coup. Il demandait en conséquence à l'OAI de reconsidérer son dossier. À l'appui de son opposition, l'assuré a transmis : - un rapport établi par le Dr B_____ le 15 juin 2018, lequel relevait, notamment, que l'expert n'avait pas retenu d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité, n'ayant pas retrouvé de dévalorisation du self, de tendance à l'impulsivité, de difficultés d'adaptation au changement, de difficultés d'organisation et de planification, de difficultés dans la gestion émotionnelle, d'hypersensibilité au stress et d'état de tension intérieure permanent. Or, ces types de manifestations avaient été constatés à de multiples reprises depuis le début du suivi auprès de la Fondation Phénix ainsi que lors de son activité à la Fondation D_____. La tendance au repli et à l'évitement existait de longue date et n'était pas exclusivement utilisée pour limiter les risques addictologiques, puisqu'ils se manifestaient dans la vie personnelle de l'assuré au sens large. La mère du patient s'inquiétait de la pauvreté de sa vie sociale. Les quelques phases de rechute addictologique qui avaient été brèves depuis le début du suivi par la Fondation Phénix avaient toutes été mises en lien par le patient avec des moments de tension interne secondaires à des conflits ou des difficultés dans des relations interpersonnelles ingérables pour lui. L'assuré avait déjà essayé de reprendre une activité adaptée à 50% avec un accompagnement soutenu de sa part et de la Fondation D_____, sans possibilité d'augmenter son taux d'activité malgré le fait que la mesure avait duré plus d'un an, en raison de multiples limitations fonctionnelles en lien avec des manifestations psychiques, notamment un sentiment de tension et d'appréhension, de dévalorisation, un désir perpétuel de se conformer au mieux, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence et des difficultés à nouer des relations et une tendance à éviter une situation banale en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels. Ces manifestations correspondaient à un fonctionnement de personnalité pathologique de type anxieux/évitant. Le Dr B_____ ajoutait, que concernant la gestion de la fin du contrat « activités journalisme » avec la Fondation D_____, ses propres propos, évoqués lors de l'appel téléphonique, n'avaient pas été relatés par l'expert de manière exhaustive, puisqu'il avait précisé que son patient avait réussi à formuler ses ressentis de manière adaptée, au prix d'un coaching très soutenu de la Fondation Phénix et d'une tolérance très grande de l'encadrement de la Fondation D_____. De ce fait, l'évolution fonctionnelle au niveau de la capacité de travail constatée par le Dr B_____ et la Fondation D_____, malgré la mise en place de recommandations mentionnées par l'expertise pour permettre à l'assuré de récupérer une pleine capacité de travail, semblait peu en faveur d'un déconditionnement simple en lien avec la dynamique de son addiction et était plutôt en faveur d'une altération durable du fonctionnement psychosocial. En conclusion, l'assuré présentait, selon le Dr B_____, un trouble de la personnalité durable qui n'était pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance. La Fondation Phénix accompagnait l'assuré, depuis le début de son suivi, non seulement sur le plan addictologique, mais également sur les plans psychiatrique et fonctionnel. - un rapport établi par Monsieur I_____, coordinateur psychosocial de la Fondation D_____, le 13 juin 2018, dont il ressort que l'assuré avait travaillé à l'entreprise H_____ -informatique du 22 novembre 2016 au 31 mars 2018, dans un poste de travail adapté à 50%. Celui-ci avait essentiellement effectué des tâches rédactionnelles et d'enquêtes journalistiques en extérieur. Son projet individuel, personnel et professionnel était axé sur une reprise de la

confiance en lui. Durant cette période, il avait été constaté un degré de fatigabilité psychique certain, sur la durée et de manière cyclique, se traduisant par des troubles de l'humeur ainsi qu'une adaptation au changement de lieux et de personnes angoissante. L'assuré avait plusieurs fois fui des situations avec un retour problématique, car il était très culpabilisé, ne sachant pas expliquer la raison de son comportement. Il avait également été constaté des troubles de la concentration, d'organisation et/ou de planification du temps et des tâches. L'assuré savait rédiger un article, puis ne savait plus et devenait très confus. Son autonomie était celle d'une personne de 40 ans n'ayant quasiment pas eu de vie sociale intégrée depuis l'adolescence. Ils s'étaient donc retrouvés maintes fois en face d'une personne d'un niveau de compétence sociale de 16 ans. De nature plutôt bienveillante, l'assuré s'était retrouvé à maintes reprises très envahi, dès que des perturbations relationnelles, mêmes simples, se présentaient, d'où des difficultés patentées avec ses collègues. Si le niveau de compréhension était là, il se trouvait parfois parasité, plus ou moins sévèrement et manière cyclique, par tous les autres champs énoncés. Ses limites induisaient également un niveau de stress plus ou moins inhibant selon les phases. En résumé, l'assuré avait une volonté d'être au mieux conforme et de progresser sur tous les plans, mais il se retrouvait confronté de manière continue, parfois de manière auto-agressante, et avec trop peu de résultats obtenus, à de grandes difficultés, avec un sentiment de culpabilité récurrent. Cette situation le mettait, sur la durée, dans un état de tension intérieure très problématique à gérer pour lui, d'où de nombreuses journées d'absence, par périodes. Ce constat s'était soldé par l'arrêt de son activité au H_____ (« je tourne en rond »). Depuis mars 2018, l'assuré essayait de travailler sur ses difficultés de fond en participant au centre de jour « Intersection » de la Fondation D_____, à 50%. Pour l'heure, il ne pouvait pas encore travailler en milieu adapté et encore moins dans le secteur de premier marché. 7. Par avis médical du 11 juillet 2018, le Dr G_____ a indiqué ne pas être d'accord avec l'analyse du Dr B_____, qui divergeait de celle du Prof. E_____. Le SMR ne modifiait donc pas ses conclusions du 9 mai 2018. 8. Par décision du 11 juillet 2018, l'OAI a confirmé son refus de rente d'invalidité. 9. L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 11 septembre 2018, faisant valoir que l'OAI avait violé son droit d'être entendu en ne lui donnant pas l'opportunité de se prononcer sur le choix de l'expert, ni sur les questions de la mission d'expertise. La décision litigieuse devait, pour ce motif déjà, être annulée, car elle reposait sur une expertise affectée de graves vices de forme. L'OAI n'avait pas pris la peine d'instruire son passé médical et social. Le dossier soumis à expertise s'était limité au rapport du Dr B_____ du 15 février 2017 et il n'avait pas été tenu compte des nombreuses années pendant lesquelles il avait vécu à Fribourg. L'expert s'était ainsi prononcé sur un dossier incomplet, tant s'agissant du passé que de son évolution, notamment s'agissant de ses consommations jusqu'au moment de l'expertise. L'expertise avait eu lieu en mars 2018, alors que le rapport du Dr B_____ remontait à février 2017. L'OAI avait instruit le dossier de manière très lacunaire. De plus le rapport d'expertise ne reposait pas sur une anamnèse complète ni sur une étude fouillée. L'expert ne s'était pas prononcé sur l'évolution de son état de santé avant et après l'arrêt des substances, alors qu'il s'agissait d'un élément essentiel pour trancher ses droits. Faute de disposer d'éléments sur son passé, l'OAI n'avait pas pu évaluer les facteurs de risque et la présence d'un trouble de personnalité depuis l'adolescence. L'expert n'avait pas discuté la position du Dr B_____. Il avait mal interprété plusieurs éléments essentiels de son dossier. Comme l'indiquait expressément le Dr B_____, dans son rapport de juin 2018, il bénéficiait d'un suivi psychiatrique alors que

l'expert retenait le contraire. L'expert avait considéré que l'occupation auprès de la Fondation D_____ s'était déroulée sans problème, ce qui ne ressortait pas du rapport de cette dernière. L'expert n'avait enfin pas motivé ses conclusions. Son rapport ne pouvait pas se voir reconnaître valeur probante. Le SMR s'était limité à confirmer sa position sans la moindre argumentation sur les conclusions du Dr B_____ et de la Fondation D_____. Le Dr G_____ n'était pas reconnu par la FMH; il était donc douteux qu'il ait les qualifications personnelles et professionnelles pour se prononcer sur son cas complexe, sans même l'avoir examiné. Son avis n'avait aucune valeur probante. En revanche, le rapport de son médecin traitant du 15 juin 2018 expliquait de façon détaillée et argumentée son exposition à des facteurs de risque de développement d'un trouble de la personnalité qui l'avait conduit à consommer des substances pour arrêter ses souffrances et ses anxiétés psychiques. Sur la base de ce rapport, la décision litigieuse devait être annulée. Il pouvait tout au plus exercer une activité occupationnelle à temps partiel et une rente d'invalidité entière devait lui être accordée. Si la Cour considérait que ses atteintes et son incapacité de travail n'étaient pas suffisamment étayées par les pièces du dossier, elle devrait ordonner une expertise judiciaire. 10. Par réponse du 3 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Si la chambre des assurances sociales devait considérer que la décision du 11 juillet 2018 violait le droit d'être entendu du recourant, il conviendrait de constater que ce vice avait été réparé dans le cadre de la procédure de recours lors de laquelle le recourant avait pu faire valoir ses arguments. De plus, celui-ci n'avait fait valoir aucun motif de récusation contre l'expert, ni n'avait fait de remarques sur les questions de la mission d'expertise. Il ne ressortait pas du rapport d'expertise que sa toxicomanie aurait été ou serait la seule cause d'une atteinte à la santé qui devrait être qualifiée d'invalidante au sens de la LAI. Aucun élément médical, de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par le recourant, de sorte que la mise en place d'une nouvelle expertise ne se justifiait pas. 11. Le 19 octobre 2018, le recourant a fait valoir que le vice relatif à son droit d'être entendu n'avait pas pu être réparé dans le cadre de la procédure de recours, car cela reviendrait à vider de son sens la jurisprudence fédérale, qui imposait un consensus s'agissant de la désignation d'un expert et, le cas échéant, la notification d'une décision incidente. Seule une nouvelle expertise permettrait de réparer la violation de ses droits de partie, puisqu'il pourrait alors participer au choix de l'expert et à la mission d'expertise, comme l'exigeait la jurisprudence. Le Prof. E_____ avait mal interprété plusieurs éléments du dossier et l'intimé n'avait pas répondu à ses griefs à cet égard, s'étant limité à citer le rapport d'expertise du 29 mars 2018 ainsi que l'avis du SMR du 15 juin 2018. Le recourant avait démontré que l'instruction médicale avait été gravement lacunaire et une nouvelle expertise psychiatrique s'imposait. 12. Par duplique du 6 novembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, relevant que le Tribunal fédéral avait jugé, à de nombreuses reprises, qu'un médecin, quel que soit sa spécialisation, était en mesure d'émettre un avis circonstancié sur la cohérence d'un rapport médical. Par ailleurs, l'expert avait procédé à une anamnèse médicale, familiale, personnelle et professionnelle du recourant et pris des renseignements auprès de tiers ainsi que de son médecin traitant, de sorte que son anamnèse était complète. 13. Le 22 août 2019, la présidente de la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique du recourant à la docteure J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a transmis le projet de mission d'expertise avec un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte et sur les questions posées à celle-ci. 14. L'intimé s'est opposé à l'expertise en l'absence de motifs la justifiant. Si la chambre de céans persistait dans son intention de l'ordonner, il n'avait pas de motif de récusation contre

l'experte. La formulation des questions sous V.3a et 3b n'était plus adaptée à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C_724/2018 du 11 juillet 2019). 15. Le 11 septembre 2019, le recourant a informé la chambre de céans n'avoir pas de motif de récusation contre l'experte et qu'au vu du récent changement de jurisprudence du Tribunal fédéral, les questions libellées sous V.3 de la mission d'expertise n'avaient plus lieu d'être. S'agissant de la mission d'expertise, il souhaitait qu'il soit demandé à l'experte de mentionner les limitations entraînées par les diagnostics posés. EN DROIT 1.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 6. Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (9C_724/2018), le Tribunal fédéral a changé sa jurisprudence concernant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie. Comme pour toutes les autres maladies psychiques, il convient désormais de clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influe sur la capacité de travail de la personne concernée. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est

accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants :

- a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.
- b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.
- c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.
- d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.
- e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.
- f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.
- g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est

toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée. 7. a. Pour pouvoir établir s'il y a une atteinte incapacitante, le juge 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. 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 8. 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). 9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 10. En l'espèce, le recourant a fait valoir que l'intimé avait violé son droit d'être entendu en ne respectant les règles relatives à la mise en oeuvre d'une expertise. Cette question souffre de rester ouverte, dès lors que la chambre de céans estime nécessaire de procéder à une nouvelle expertise pour les raisons qui suivent. Il apparaît en effet que l'instruction n'a pas été suffisante. Le dossier médical du recourant aurait dû être complété, notamment par les rapports rédigés suite aux quatre hospitalisations du recourant en milieu psychiatrique à Fribourg (hôpital de Marsen) pour des sevrages avec des séjours de deux à trois semaines, ce dont l'expert a eu connaissance par les déclarations du recourant. Par ailleurs, l'expert a retenu une situation claire de toxicodépendance primaire ne posant pas de doute sur le plan psychiatrique, alors que le Dr B_____ retenait, pour sa part, le diagnostic de troubles de la personnalité anxieux qu'il considérait incapacitant à 50%. Le médecin traitant avait informé l'expert, lors de leur entretien

téléphonique du 21 mars 2018, que le suivi portait essentiellement sur les aspects fonctionnels, relationnels et émotionnels et non seulement sur les problèmes d'addiction du recourant. Dans ces circonstances, l'expert aurait dû motiver davantage les diagnostics posés, en précisant pour quels motifs il s'éloignait de l'appréciation du médecin traitant.

11. Enfin, vu la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en cas de toxicomanie, il convient désormais de clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influe sur la capacité de travail du recourant, selon la procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs développée pour les troubles psychiques. Le rapport d'expertise du 29 mars 2018 ne peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante et il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise psychiatrique, qui sera confiée à Dresse J_____.

12. La mission d'expertise sera modifiée pour tenir compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de toxicomanie et la question supplémentaire souhaitée par le recourant sera ajoutée. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____. II. Commet à ces fins la doctoresse K_____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : 1. prendre connaissance du dossier de la cause ; 2. prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant traité l'assuré (notamment les rapports établis suite aux hospitalisations de l'assuré à l'hôpital de Marsen dans le canton de Fribourg) ; 3. examiner et entendre l'assuré et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. IV. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé comprenant : 1. une anamnèse détaillée ; 2. les plaintes et données subjectives de l'assuré ; 3. un status clinique et des constatations objectives ; 4. les diagnostics selon la classification internationale. V. Charge l'experte de répondre aux questions suivantes : 1. depuis quand l'atteinte ou les atteintes à la santé de l'expertisé est-elle ou sont-elles présente(s) ? 2. quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 3. existe-il une dépendance (alcoolisme, pharmacodépendance ou toxicomanie) ? 4. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré). 5. Quelles sont les limitations entraînées par les diagnostics posés ? 6. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 7. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 8. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 9. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 10. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 11. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ? 12. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

13. L'addiction constatée nécessitent-elle une prise en charge spécialisée ? 14. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 15. De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? 16. Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ? 17. Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 18. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. 19. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 20. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 21. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 22. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 23. Cas échéant, la diminution de rendement est-elle déjà comprise dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ? 24. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 25. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr E_____ du 29 mars 2018 ? 26. Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr L_____ (des 7 février 2017 et 15 juin 2018) ? 27. Faire toute remarque utile. VI. Invite l'experte à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. VII. Réserve le fond. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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