

GE_GERICHTE A/3307/2013 vom 13. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3307_2013

FR: GE_GERICHTE A/3307/2013 du 13 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/3307/2013 del 13 ottobre 2014

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. A_____, à GENÈVE, représenté par le Service de protection de l'adulte recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. M. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____1974, originaire d'Algérie, entré en Suisse en 2002, divorcé, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.![endif]>![if> Il a exercé une activité d'aide de cuisine (2001), aide charpentier (2002-2003), installateur métallique (2002 à 2006) et de 2006 à 2011 diverses missions temporaires à Fribourg. Il s'est inscrit à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI le 3 novembre 2005. 2. Le 22 décembre 2011, la Dresse B_____ a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé aux Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) du 19 au 21 décembre 2011. Le diagnostic posé était celui d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Au vu de l'absence de risque auto ou hétéroagressif, de la normothymie et d'absence d'éléments florides de la lignée psychotique, l'assuré était sorti le deuxième jour. ![endif]>![if> 3. Le 30 décembre 2011, les Drs C_____ et D_____ de la Clinique genevoise de Montana ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 29 novembre au 19 décembre 2011, date à laquelle il avait été transféré en non volontaire aux urgences psychiatriques des HUG.![endif]>![if> Ils ont posé le diagnostic de trouble délirant sans précision (F22.8), tabagisme chronique (10 UPA ; F17.1) et consommation d'alcool à risque (F10.1). L'assuré avait présenté une désorganisation de la pensée, des comportements bizarres, une incapacité à se remettre en question ; face à une agitation psychomotrice, il avait été décidé d'une hospitalisation non volontaire car sa vulnérabilité le rendait à risque pour lui-même. 4. Le 7 mars 2012, les EPI ont effectué un bilan suite à un stage de l'assuré du 13 février au 2 mars 2012, demandé par l'OCE, qui recommande un projet professionnel comme ouvrier-manutentionnaire polyvalent. ![endif]>![if> 5. Le 9 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 6. Le 23 novembre 2012, le Tribunal tutélaire a désigné Mme E_____ comme représentante légale provisoire de l'assuré.![endif]>![if> 7. Le 26 novembre 2012, le Dr F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un trouble délirant F22, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance F10, un trouble de la personnalité schizo-typique F21 et un épisode dépressif léger, avec symptômes psychotiques F32.01.![endif]>![if> Il suivait l'assuré depuis août 2011, lequel avait été hospitalisé du 27 janvier au 19 février 2011 à Marsens (Fribourg) puis du 28 novembre au 19 décembre 2011 à la clinique genevoise de Montana et du 19 au 21 décembre 2011 en hospitalisation non volontaire à Belle-Idée. L'assuré était à Genève depuis six mois, à charge de l'Hospice Général. Il suivait une psychothérapie et un traitement médicamenteux permettant une stabilité clinique, avec une diminution des risques de décompensation psychiatrique.

L'assuré présentait une idéation de type persécutrice constamment sous-jacente, sans éléments franchement délirants. Sa capacité de travail était nulle en raison de troubles de la concentration et de l'attention, hallucinations, discours par moments incohérent et troubles du sommeil. Actuellement, l'assuré souffrait de trouble de l'humeur avec des éléments psychotiques qui ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle. 8. Le 13 décembre 2012, le Dr G_____ du réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) a indiqué que l'assuré avait séjourné au Centre de soins hospitalier du 27 janvier au 17 février 2011, à la demande du Dr H_____.!endif]>!if> Des consommations massives et régulières d'alcool avaient impliqué plusieurs pertes d'emploi durant ces dernières années et amené l'assuré à un isolement social. Il avait présenté une symptomatologie anxieuse composée de troubles du sommeil, de difficultés de concentration et d'épuisement. Une évaluation psychiatrique (MINI) démontrait une problématique de dépendance actuelle à l'alcool, accompagnée de symptômes anxieux durant ces six derniers mois. Le patient ne considérait pas sa consommation comme problématique. Le diagnostic était celui de F10.25 ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. L'état psychique de l'assuré s'était légèrement amélioré après un mois. 9. Le 17 décembre 2012, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) depuis plusieurs années ; l'assuré avait séjourné au Centre de soins hospitalier du RFSM du 27 janvier au 17 février 2011. L'assuré déniait ses troubles addictifs.!endif]>!if> 10. Par communication du 19 mars 2013, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OAI) a refusé des mesures de réadaptation professionnelle.!endif]>!if> 11. Le 22 mai 2013, le Dr I_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il n'y avait pas de pathologie psychiatrique expliquant une incapacité de travail, le diagnostic de personnalité schizo-typique F12.1 posé par le psychiatre-traitant pouvant aussi être en relation avec l'alcool. L'alcoolémie était primaire.!endif]>!if> 12. Par projet de décision du 7 juin 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité en raison de la présence d'une toxicomanie primaire sans maladie psychique ou somatique préexistante.!endif]>!if> 13. Le 11 juillet 2013, l'assuré, représenté par Mme E_____, a contesté le projet de décision de l'OAI en relevant qu'il présentait, selon son psychiatre, un état dépressif récurrent sévère, avec des éléments psychotiques associés à un trouble de la personnalité schizotypique et des troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool ; il avait continué à présenter des symptômes de la lignée psychotiques malgré un sevrage d'alcool ; sa toxicomanie n'était donc pas primaire et il souffrait de maladie psychique préexistante. !endif]>!if> Il a transmis un rapport médical du Dr F_____ du 10 juillet 2013, selon lequel celui-ci suivait l'assuré pour un état dépressif récurrent sévère avec des éléments psychotique associé à un trouble de la personnalité schizotypique, et troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool. Selon le Dr F_____, actuellement, l'assuré présentait toujours une désorganisation de la pensée, des attitudes d'écoutes en faveur d'hallucinations acousticoverbales, importante anxiété avec des angoisses de morcellements, des troubles du sommeil avec inversement du cycle nyctéméral. Les capacités de concentration et de mémoires étaient diminuées. Des éléments délirants étaient présents de type persécutrice et de filiation, soliloque avec des rires immotivés. Le médecin du SMR n'accordait aucune incapacité de travail, alors que l'assuré avait présenté plusieurs épisodes dépressifs sévères avec des éléments psychotiques, trouble de personnalité décompensé, c'est-à-dire après avoir bénéficié d'un traitement médicamenteux, une psychothérapie et trois hospitalisations à Marsens, à la clinique de Montana et à Belle-Idée.

Bien qu'un sevrage éthylique avait été bien conduit à la Clinique Genevoise de Montana, l'assuré avait continué à présenter des symptômes de la lignée psychotique ayant pour conséquence une incapacité totale de travail ; ainsi cette dernière n'était pas due à son addiction mais à une maladie psychique sous-jacente. Par ailleurs, le SMR n'avait pas mentionné le trouble de la personnalité de l'assuré, ce qui ne permettait pas une bonne appréciation de l'intensité de ses troubles psychiatriques. Le SMR n'avait pas tenu compte des antécédents personnels de l'assuré avec plusieurs épisodes dépressifs tant en Algérie qu'en Suisse, ce qui avait été décrit dans l'anamnèse et par sa sœur, psychiatre à Paris. Actuellement, l'assuré était dans une souffrance psychique précaire et son état de santé était incompatible avec toute activité professionnelle et il ne pouvait pas s'occuper de ses affaires administratives. Sa situation était assez compliquée avec d'importantes préoccupations concernant son avenir professionnel et social. L'ensemble des troubles psychiques, influençaient de manière négative sa capacité de travail. Le rendement de l'assuré sans mesure appropriée, était faible. L'assuré présentait une incapacité de travail à 100%.

14. Le 12 août 2013, le Dr I_____ a maintenu son avis et estimé que le Dr F_____ relevait pour la première fois un trouble dépressif sévère avec des éléments psychotiques, associé à un trouble schizotypique de la personnalité. Jusqu'à présent, tous les intervenants, le Dr F_____ y compris, avaient parlé d'épisode dépressif léger. L'anamnèse dans tous les rapports, y compris celui du Dr F_____ du 11 juillet 2013, était la même ; il n'y avait aucun élément nouveau, ni d'aggravation objectivable. Tous les rapports indiquaient, de façon claire et sans équivoque, que les troubles liés à l'alcool étaient la principale cause d'incapacité de travail. C'était cette problématique qui avait mené l'assuré à l'isolement social, à des troubles délirants, cause de toutes ses hospitalisations.

15. Par décision du 17 septembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

16. Le 16 octobre 2013, l'assuré, représenté par Mme E_____ a recouru auprès de la chambre des assurances de la Cour de justice sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, au motif que le Dr F_____ avait attesté d'une atteinte à la santé préexistante à la toxicomanie.

17. Le 29 novembre 2013, l'assuré a complété son recours en estimant que sa dépendance à l'alcool était la conséquence de ses atteintes à sa santé psychiatrique ; il a produit un avis du Dr F_____ du 28 « février » 2013 selon lequel actuellement, l'assuré vivait seul, il avait de la peine à se nourrir, amaigri, les traits fatigués, il était en rupture de soin, refusait tout traitement psychotrope, complètement isolé, pas de contact avec l'extérieur, sans contact avec sa famille et n'avait pas d'amis sans vie sociale, il se repliait sur lui-même ; il disait consommer modérément de l'alcool ; la consommation de l'alcool était à visée anxiolytique et permettait de lutter contre les troubles de l'humeur et affectif ; cette consommation d'alcool était secondaire à ses troubles de l'humeur et affectifs et ses conditions socioéconomiques chaotiques. Sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait une mauvaise hygiène corporelle, tenue vestimentaire négligée. Son attitude était empreinte de méfiance et de soupçons. Les propos étaient inadaptes et incohérents, le discours hermétique, il disait qu'on lui voulait du mal. On retrouvait aussi dans son discours des idées délirantes de réincarnation, d'ensorcellement et mystique. Par moment réticent, pouvant parfaitement dissimuler ses troubles et rationaliser ; il était orienté dans le temps et dans l'espace mais ne réalisait pas son état, n'avait pas conscience de sa maladie. Le contenu de sa pensée mettait aussi en évidence des éléments délirants, avec une idéation de type persécutrice, soliloque et sourire immotivé ; il semblait halluciné. Il reconnaissait des moments de tension importante. Par ailleurs, son humeur était

triste, une fatigue importante, et une abolie.![endif]>![if> Il souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère avec des éléments psychotiques associé à un trouble de la personnalité de type schizo-typique avec schizophrénie simple. L'ensemble de ses troubles psychiques était caractérisé par un besoin d'isolement social, d'anxiété durant des situations sociales ; il présentait une froideur affective inappropriée, une anhédonie, un comportement étrange, un retrait social, des idées de persécutions, des troubles du cours de la pensée et des perturbations des perceptions, parfois des épisodes psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives et visuelles, des idées délirantes mégalomaniaques, survenant sans facteur déclenchant extérieur. Dans les interactions sociales, il réagissait de façon inappropriée. Il pouvait croire qu'il avait des pouvoirs sensoriels. Il tendait à éviter l'intimité et n'avait pas d'amis proches. Il était susceptible de se sentir nerveux autour des étrangers. L'ensemble des troubles qu'il présentait tendait à orienter vers une entrée dans une forme mineure de la schizophrénie. La consommation d'alcool était secondaire à ses troubles de l'humeur et affectifs et visait à lutter contre l'anxiété et l'angoisse engendrées par ses troubles. Actuellement, son état psychique s'était aggravé, avec recrudescence de la symptomatologie psychotique. Les limitations de la capacité de travail étaient importantes ; elles tenaient à la dépression récurrente avec une forte instabilité de l'humeur, à la symptomatologie psychotique dont les répercussions relationnelles et sociales engendraient des difficultés d'adaptation sévères. Elles l'empêchaient de développer des stratégies d'adaptation suffisamment élaborées pour palier à ses difficultés. Les troubles psychiques et mentaux dont il souffrait avaient une répercussion majeure sur l'activité professionnelle, du fait des ruptures de continuité qu'elles entraînaient dans tous les domaines et elles le rendaient inapte à un engagement professionnel continu et durable. Une rente d'invalidité était justifiée. 18. Le 7 janvier 2014, les Drs I_____ et J_____ du SMR ont rendu un avis selon lequel tous les rapports indiquaient clairement que les troubles liés à l'alcool étaient la cause principale de l'incapacité de travail ;il est fait mention du rapport du Dr F_____ du 10 juillet 2013 et relève qu'aucun autre document n'avait été produit dans la procédure de recours.![endif]>![if> 19. Le 23 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le SMR confirmait la toxicodépendance primaire comme étant à l'origine de l'incapacité de travail.![endif]>![if> 20. Le 10 février 2014, l'assuré, représenté par Mme E_____, a transmis un avis du Dr F_____ du 6 février 2014 et observé qu'aucune expertise n'avait été ordonnée et que le SMR se fondait uniquement sur des lettres de sortie de centres médicaux où il avait séjourné ; il a conclu à l'ordonnance d'une expertise.![endif]>![if> 21. Dans son avis du 6 février 2014, le Dr F_____ a relevé que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère avec des éléments psychotiques associé à un trouble de la personnalité schizo-typique avec schizophrénie simple. La consommation d'alcool était secondaire à ses troubles de l'humeur et affectifs et visait à lutter contre l'anxiété et l'angoisse engendrées par ses troubles. Les limitations de la capacité de travail étaient importantes ; elles tenaient à la dépression récurrente avec une forte instabilité de l'humeur, à la symptomatologie psychotique dont les répercussions relationnelles et sociales engendraient des difficultés d'adaptations sévères. ![endif]>![if> 22. Le 17 février 2014, les Drs I_____ et J_____ ont estimé que l'avis du Dr F_____ n'apportait pas de nouveaux éléments cliniques.![endif]>![if> 23. Le 4 mars 2014, l'OAI a confirmé ses conclusions.![endif]>![if> 24. Le 4 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la Dresse K_____ et leur a imparti un délai

pour faire valoir leurs éventuelles causes de récusation ou observations sur le projet de mission d'expertise. 25. Le 15 septembre 2014, l'OAI, et le 7 octobre 2014, l'assuré, ont indiqué qu'ils n'avaient pas d'observations particulières. 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 prestation du 9 novembre 2012 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, celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012. 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. 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). 5. 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. 6. 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). 7. 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 LPGA), 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). 8. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).>[if> En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

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).>[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. En l'espèce, l'intimé a refusé toute prestation d'invalidité au motif que l'incapacité de travail du recourant était due à une toxicodépendance primaire. Force est de constater que cette évaluation a été faite uniquement sur la base des avis médicaux du SMR, sans examen du recourant et, en particulier, sans qu'une expertise psychiatrique ne soit ordonnée ; l'intimé n'a pas non plus tenu compte de l'avis du psychiatre traitant, lequel a conclu à l'existence d'une atteinte psychiatrique préexistante à la consommation d'alcool du recourant et a précisé que celui-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité majeure à sévère avec des éléments psychiatriques assimilés à un trouble de la personnalité schizo-typique avec schizophrénie simple et que la consommation d'alcool était secondaire à ces troubles (rapports du 28 « février » 2013, du 6 février 2014, du 26 novembre 2012 et du 10 juillet 2013).!endif]>!if> Dans son avis du 12 août 2013, le SMR se borne à indiquer que le Dr F_____ mentionne pour la première fois le 10 juillet 2013 un trouble dépressif sévère avec des éléments psychiatriques, associé à un trouble schizo-typique de la personnalité et que tous les intervenants, Dr F_____ y compris, n'avaient jusque-là parlé que d'un épisode dépressif léger. Toutefois, la cour de céans constate que dans son rapport médical AI du 16 novembre 2012, le Dr F_____ avait déjà relevé que le recourant présentait depuis 1999 un trouble délirant, un trouble de la personnalité schizo-typique et un épisode dépressif léger avec symptôme psychotique, ce dont le SMR n'a pas tenu compte. Ce dernier ne s'est pas non plus prononcé sur le rapport du Dr F_____ du 28 « février » 2013 produit par le recourant le 29 novembre 2013, en relevant à tort qu'aucun autre document n'avait été produit dans le cadre de la procédure de recours (avis du 7 janvier 2014). En conséquence, l'avis du SMR ne saurait être considéré comme probant et l'état de santé du recourant doit faire l'objet d'une évaluation psychiatrique. 11. Au vu de ce qui précède, il se justifie de procéder à une instruction médicale psychiatrique en confiant, à cette fin, une expertise à la Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.!endif]>!if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : !endif]>!if> a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire

prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment le Dr F_____. c. Examiner M. A_____. d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? g. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ? h. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics et date d'apparition) ? i. Quelles sont les limitations fonctionnelles pour chaque diagnostic ? j. Quel traitement est-il indiqué ? M. A_____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? k. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui : 1) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale de M. A_____ ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ? 2) Cette dépendance résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? En d'autres termes, une atteinte à la santé était-elle préexistante à la dépendance ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle en elle-même une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure, 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ? l. Compte tenu de votre diagnostic, M. A_____ pourrait-il en faisant preuve de bonne volonté exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? m. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez donnée à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 17 septembre 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? n. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.![endif]>![if> La greffière : Alicia PERRONE La présidente : Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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