

GE_GERICHTE A/3681/2016 vom 28. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3681_2016

FR: GE_GERICHTE A/3681/2016 du 28 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/3681/2016 del 28 giugno 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, représenté par le Service de protection de l'adulte 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), né le _____ 1984, originaire du Libéria, est arrivé en Suisse en 1992, où il a d'abord été confié par sa mère à la famille de son beau-père. À l'âge de 10 ans, il a été placé en internat pendant deux ans, avant de séjourner chez sa mère, puis d'être placé vers 14 ans dans un foyer, dans lequel il a commencé à consommer du cannabis.![endif]>![if> 2. Dès 2001, l'assuré a suivi une formation de menuisier. De 2003 à 2009, il a exercé divers emplois en qualité de magasinier, déménageur et agent de nettoyage, avant d'entamer, en 2011, un apprentissage de cuisinier, qu'il a interrompu prématurément en 2013. ![endif]>![if> 3. Par ordonnance du 16 août 2013, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du canton de Genève (TPAE) a transformé une mesure de protection, instaurée en faveur de l'assuré trois ans plus tôt, en curatelle de représentation avec gestion. Il a chargé deux collaboratrices du Service de protection de l'adulte de représenter ce dernier dans ses rapports juridiques avec les tiers, notamment en matière de logement, d'affaires sociales, d'administration et de contentieux.![endif]>![if> 4. Le 16 mai 2014, l'assuré a entamé une première cure de sevrage pour une addiction au cannabis et à l'alcool à la clinique de Belmont, dont il a été exclu le 11 juin 2014 à la suite de menaces envers le personnel soignant.![endif]>![if> 5. Le 8 octobre 2014, par l'intermédiaire du Service de protection de l'adulte, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant un « état dépressif chronique depuis environ une année avec par moments des comportements apparentés à de la persécution et à de la paranoïa ».![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 18 décembre 2014, transmis à l'OAI le 7 janvier 2015, la docteure B_____, psychiatre de l'assuré, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépendance sévère au cannabis, de dépendance à l'alcool, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de trouble de la personnalité, sans précision. Son patient n'avait pas terminé sa formation de cuisinier et ne faisait plus rien depuis deux ans. En raison d'alcoolisations aigues et de vente de stupéfiants sur la voie publique, il avait eu des ennuis avec la police. À l'entretien, son patient, qui avait fumé du cannabis pendant la nuit, paraissait ralenti, euphorique, avec un déficit d'attention. Il se plaignait d'une perte de motivation, et pouvait se montrer facilement irritable voire agressif verbalement. Actuellement, la reprise d'une activité professionnelle ne paraissait pas envisageable, et son pronostic était réservé, bien que l'assuré se disait motivé à cesser de consommer des stupéfiants et à entreprendre une nouvelle formation comme maçon.![endif]>![if> 7. Dès le 25 février 2015, l'assuré a effectué une deuxième cure de sevrage d'alcool pendant douze jours à la clinique genevoise

de Montana, à l'issue de laquelle il a recommencé à boire.![endif]>![if> 8. Le 26 février 2015, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation ne pouvaient lui être accordées à ce stade, de sorte qu'il poursuivait l'instruction en vue de déterminer s'il pouvait prétendre à une rente.![endif]>![if> 9. Le 25 juin 2015, le docteur C _____ du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a préconisé qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre en vue de clarifier la situation médicale et d'évaluer « l'exigibilité » d'une activité lucrative, notamment sous l'angle d'une éventuelle comorbidité psychiatrique du trouble de dépendance.![endif]>![if> 10. L'OAI a confié cette expertise au docteur ., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 16 avril 2016, l'expert a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, avec syndrome de dépendance, utilisation continue de la substance F19.25 depuis le début de l'âge adulte (cannabis, alcool, cocaïne) ». Il a également fait état d'un diagnostic non incapacitant de « troubles mixte des conduites et des émotions durant l'adolescence ». Enfin, il a énuméré les conditions socio-économiques caractérisant le parcours de vie difficile de l'assuré, notamment son enfance malheureuse (départ du foyer et changement dans les relations pendant l'enfance ; difficultés liées à des négligences dans l'éducation ; soutien familial inadéquat ; difficultés liées à l'emploi et au chômage ; difficultés liées au logement et aux conditions économiques). ![endif]>![if> Âgé de 31 ans et originaire du Libéria, l'assuré était arrivé en Suisse à l'âge de 10 ans, où il avait été confié à sa belle-famille. Il n'avait pas pu tisser des liens soutenant avec celle-ci, ce qui avait entraîné des difficultés affectives. Dès l'âge de 10 ou 11 ans, il avait été placé dans un internat dans le canton de Vaud pendant deux ans sans jamais recevoir de visite, et avait souffert en conséquence d'un épisode dépressif moyen à sévère. Ensuite, l'assuré était retourné vivre chez sa mère, mais il avait développé des troubles du comportement, notamment des états de colère et d'irritabilité, dont il était particulièrement difficile - faute de renseignements suffisants - de déterminer a posteriori s'ils étaient symptomatiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble bipolaire. Ces troubles du comportement, associés à une fugue, avaient motivé son placement dans un foyer, et l'assuré, alors adolescent et influencé par des « caïds », avait commencé à consommer du cannabis et de l'alcool, puis d'autres substances, dont de la cocaïne. La dépendance de l'assuré aux stupéfiants était « secondaire », car elle avait débuté après ses troubles du comportement, survenus vers l'âge de 13-14 ans, eux-mêmes consécutifs à une dépression. L'assuré consommait pour oublier ses soucis et ses questions existentielles. En fonction de ses consommations, son moral fluctuait entre euphorie et déprime, apathie et irritabilité. Actuellement, aucun diagnostic précis de trouble de la personnalité ou de l'humeur ne pouvait être posé, car il était impossible de distinguer ce qui était consécutif aux consommations de ce qui ne l'était pas ; seule une longue période d'abstinence permettrait de poser un diagnostic sur ce plan. Toutefois, même si ses dépendances étaient secondaires, on pouvait exiger de l'assuré qu'il suive un traitement sous la forme d'une cure puis d'une « post-cure » de sevrage. En effet, l'assuré avait tenté deux tentatives de sevrage en milieu hospitalier à l'issue desquelles il avait rechuté, raison pour laquelle une « post-cure » de plusieurs mois paraissait indispensable. L'expert jugeait opportun que l'assuré, jeune et relativement motivé à s'en sortir, bénéficie d'un tel sevrage avant d'être réorienté vers le monde du travail. S'agissant de la capacité de travail, si le plan de traitement choisi était un sevrage hospitalier suivi d'une « post-cure » de plusieurs mois, cette capacité devait être considérée nulle durant la durée de l'hospitalisation - quatre à six mois -, puis être réévaluée, mais en principe,

l'assuré devait recouvrer une capacité de travail de 50% après six mois, puis de 100% après une année. En revanche, si aucun traitement durable n'était entrepris, sa capacité de travail resterait limitée à 50% avec une perte de rendement de l'ordre de 15%. Les limitations psychiques retenues étaient un ralentissement psychomoteur « sous l'effet de substances », une euphorie et une irritabilité lorsque l'assuré était sous cocaïne, des troubles de l'attention, de la concentration, une fatigabilité, et des difficultés à travailler avec de nombreuses personnes. À ce stade, des mesures de réadaptation ne paraissaient pas envisageables. 11. Le 30 mai 2016, le Dr C_____ a déduit de l'expertise psychiatrique que la dépendance de l'assuré était compatible avec un sevrage, de sorte qu'elle n'entraînait pas d'incapacité de travail durable. 12. Le 9 juin 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, à teneur duquel il entendait lui refuser toute prestation. 13. Par l'intermédiaire du Service de protection de l'adulte, l'assuré s'y est opposé le 16 août 2016, arguant que contrairement à ce que prétendait l'OAI, il souffrait bel et bien d'une « atteinte invalidante au sens de l'AI ». En effet, il ressortait tant de l'expertise du Dr D_____ que du rapport du Dr B_____ que sa dépendance à l'alcool et au cannabis était la conséquence d'un trouble dépressif et qu'elle réduisait sa capacité de travail. Il lui paraissait au demeurant incertain, vu ses troubles psychiques, qu'un sevrage lui permette de recouvrer sa pleine capacité de travail. Il a joint un rapport de la Dresse B_____ du 11 août 2016 : « (...) Je rejoins la Dresse D_____ sur la proposition d'une tentative de réadaptation à 50%. Par ailleurs, le délai de six mois qu'elle propose pour une abstinence totale me semble une perte de temps, le patient ne fait rien depuis deux-trois ans. Il a baissé clairement sa consommation sur ces derniers mois. Il aimerait tenter une réadaptation rapidement et c'est dommage [de] ne pas profiter de cette motivation et [d'] attendre six mois sans garantie d'une abstinence totale. Ce patient est suivi dans ma consultation depuis 2014. J'ai identifié de manière claire : 1. des facteurs de vulnérabilité psychologique liés à sa personnalité tels que impulsivité, mauvaise gestion des émotions, immaturité affective et difficultés relationnelles avec troubles du comportement. 2. Des facteurs de vulnérabilité génétique : mère psychotique. 3. Facteurs environnementaux tels que : abandon du père, absence de la mère, placement dans des foyers, consommation de toxiques. 4. Plusieurs séjours en milieu psychiatrique pour des dépressions à répétitions. Tous ces facteurs confirment que la consommation de toxiques est une conséquence à un trouble dépressif chronique "soigné" par l'alcool et le cannabis. Une réadaptation peut l'aider à retrouver son estime de lui-même et lui redonner confiance dans la vie (...) ». 14. Par décision formelle du 29 septembre 2016, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à toute prestation d'invalidité, au motif qu'il ne souffrait pas, selon l'expertise du Dr D_____, d'une « atteinte invalidante au sens de l'AI ». En effet, sa toxico-dépendance n'avait pas pour origine une atteinte à la santé se répercutant elle-même sur sa capacité de travail. 15. Par acte du 28 octobre 2016, complété le 29 novembre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant préalablement à l'audition de la Dresse B_____, principalement à l'annulation de la décision du 29 septembre 2016 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a reproché au SMR de s'être fondé sur l'expertise du Dr D_____ sans exposer les raisons pour lesquelles il écartait le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par la Dresse B_____, sa psychiatre depuis plusieurs années. Selon cette praticienne, son trouble dépressif remontait à l'enfance et avait perduré en raison d'événements difficiles tels que le rejet des membres de sa famille, l'ignorance de l'identité de son père, un placement en foyer et des difficultés de formation. Or, ce trouble dépressif, qui s'était aggravé les derniers mois, pouvait réduire sa capacité de

travail et de gain au même titre que ses troubles liés à la consommation de stupéfiants. En conséquence, il y avait lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction. !endif]>![if> 16. À l'appui de son recours, l'assuré a joint un nouveau rapport de la Dresse B _____ du 29 novembre 2016 : elle confirmait l'existence, depuis plusieurs années, d'un trouble dépressif récurrent, lequel s'était aggravé et avait nécessité une hospitalisation de deux semaines à la Clinique genevoise de Montana en octobre 2016. Les « facteurs de crise » étaient la maladie de la mère de l'assuré et l'échec d'un projet d'occupation en maison de quartier durant lequel il avait servi des repas à des enfants et à des personnes âgées. Au cours de cette hospitalisation, ses médecins lui avaient découvert une insuffisance rénale chronique de stade 2, qui était toujours en cours d'investigation. Pendant l'hospitalisation, sa consommation de stupéfiants n'avait pas augmenté, mais il persistait une baisse d'énergie, une attitude négative vis-à-vis de l'avenir, une anxiété, une labilité émotionnelle et un retrait social. Malgré un travail de motivation et une adaptation de son traitement psychotrope, l'assuré ne faisait rien pour soigner son insuffisance rénale. !endif]>![if> 17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 décembre 2016, a conclu au rejet du recours, rétorquant que la situation médicale avait été suffisamment investiguée, comme en témoignait un nouvel avis du SMR annexé à son écriture : selon la doctoresse E _____, l'expertise mettait en évidence un tableau de dépendance à de multiples substances psychoactives, sans comorbidité psychiatrique. Dans ce contexte de consommation vraisemblablement primaire, l'expert-psychiatre n'avait pas confirmé le trouble dépressif, épisode actuel moyen, qu'avait signalé la Dresse B _____ en décembre 2014, et au contraire, il n'avait retenu aucun diagnostic de trouble de l'humeur ou de la personnalité. Actuellement, la consommation de stupéfiants paraissait stable et on pouvait considérer que la péjoration de la thymie évoquée dans le rapport de la Dresse B _____ n'était que transitoire, l'hospitalisation de l'assuré à la clinique de Montana n'ayant duré que deux semaines. Quant à l'insuffisance rénale chronique, de stade 2, elle était légère et donc sans effet sur la capacité de travail. Seules d'éventuelles complications ou une insuffisance rénale au stade terminal (stade 5), nécessitant une dialyse ou une transplantation, pouvaient limiter la capacité de travail. En conséquence, le SMR maintenait que l'intéressé était pleinement capable d'exercer toute activité. !endif]>![if> 18. Cette écriture a été transmise au recourant, lequel a informé la chambre de céans qu'il n'entendait pas déposer de réplique. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. !endif]>![if> 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) 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). !endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable. !endif]>![if> 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]). !endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir s'il souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. !endif]>![if> 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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

6. a. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).¹

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références). c. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références ; 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). 7. 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).²

8. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 8. 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). b. 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 9. Dans la

décision attaquée, l'OAI, se fondant sur l'expertise du Dr D_____, a retenu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, sa dépendance à l'alcool et aux stupéfiants (cannabis et cocaïne) pouvait être amendée par un sevrage, de sorte qu'elle n'entraînait pas d'incapacité de travail durable.!

De son côté, le recourant reproche à l'intimé de s'être écarté sans justification des rapports de la Dresse B_____, sa psychiatre, dont il ressort qu'il souffre bel et bien d'une « atteinte invalidante » au sens de la loi. À l'appui de son point de vue, il allègue que son comportement addictif est la conséquence d'un trouble dépressif, engendrant lui-même une incapacité de travail. 10. À titre liminaire, il convient de rappeler ce qui suit. !

L'expert D_____ a posé le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples avec syndrome de dépendance, utilisation continue de la substance F19.25 depuis le début de l'âge adulte (cannabis, alcool, cocaïne) ». Il a également fait état d'un diagnostic sans effet sur la capacité de travail de « trouble mixte des conduites et des émotions durant l'adolescence F92 ». Après avoir relaté l'enfance malheureuse de l'assuré, confié à l'âge de dix ans par sa mère à sa belle-famille en Suisse, puis placé dans un internat où il ne recevait pas de visite et enfin dans un foyer, à l'issue d'un bref séjour chez sa mère, l'expert a exposé que la dépendance de l'intéressé à l'alcool et aux stupéfiants était « secondaire » à des troubles du comportement survenus vers l'âge de 13-14 ans, eux-mêmes consécutifs à une dépression de l'enfant. L'expert a toutefois précisé ne pas être en mesure de retenir un diagnostic précis de trouble de la personnalité. Par ailleurs, on pouvait exiger de l'assuré qu'il se soumette à une cure de sevrage puis, pendant plusieurs mois, à une « post-cure » (hébergement thérapeutique résidentiel utilisé après une cure et permettant un suivi médical ; encyclopédie libre Wikipédia, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Post-cure>). Moyennant un tel traitement, l'assuré devait recouvrer une capacité de travail de 50% après six mois, puis de 100% après une année. 11. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr D_____ - qui n'est pas critiquée par le recourant - est fondée sur une anamnèse familiale, personnelle et socioprofessionnelle effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée du cas. Ses conclusions sont claires, motivées et convaincantes, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. De cette expertise, il résulte qu'une abstinence prolongée et encadrée médicalement est propre à permettre à l'assuré de récupérer sa pleine capacité de travail. Cette appréciation n'a pas véritablement été remise en question par la psychiatre de l'assuré, la Dresse B_____, laquelle s'est contentée de préconiser une tentative immédiate de reprise d'une activité professionnelle, sans effectuer le sevrage préalable de six mois recommandé par l'expert, ceci afin de permettre à l'assuré de reprendre confiance et de donner un sens à sa vie (cf. courrier de la Dresse B_____ du 11 août 2016).!

Par ailleurs et contrairement à ce que semble considérer l'assuré, il ne ressort ni de l'expertise, ni des rapports de la Dresse B_____ de comorbidité psychiatrique dont le degré de gravité serait suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain au sens de la jurisprudence (cf. supra consid. 6a). En effet, l'expert D_____ n'a retenu aucun diagnostic de trouble de l'humeur ou de la personnalité. Selon lui, bien que la dépendance de l'assuré puisse être qualifiée de « secondaire » dans la mesure où elle a débuté vers l'âge de 13-14 ans à la suite de troubles de comportement et d'un placement dans un foyer, la symptomatologie actuelle - alternance de phases d'euphorie et de déprime, d'apathie et d'irritabilité - résulte manifestement de la

consommation de substances psychoactives ; faute d'abstinence de longue durée, il est impossible d'identifier des symptômes indépendants de cette consommation. Par ailleurs, les limitations psychiques de l'assuré - notamment le ralentissement psychomoteur « sous l'effet de substances », les troubles de l'attention, de la concentration, la fatigabilité, l'intolérance au stress et à la contradiction - en tant qu'elles résultent également selon l'expert de la consommation de stupéfiants et d'alcool, sont sujettes à rémission moyennant abstinence, de sorte qu'elles ne justifient pas d'incapacité de travail, respectivement de gain valant invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2007 du 29 octobre 2007, consid. 5.1). Quant au trouble dépressif récurrent évoqué par la Dresse B_____, cette psychiatre n'explique pas dans quelle mesure il restreindrait la capacité de travail, et rien au dossier ne permet d'envisager et a fortiori de rendre vraisemblables d'éventuelles répercussions sur ce plan. L'expert n'en retient en tout cas pas et l'assuré concède qu'il prend son traitement antidépresseur de manière « aléatoire », ce qui en neutralise les effets (cf. expertise du Dr D_____, p. 16). C'est le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, les troubles légers et moyens de la lignée dépressive ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, avec une coopération optimale de l'assuré, conditions non réalisées en l'espèce au vu de la faible adhésion thérapeutique de ce dernier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2 et les références). En conclusion, dans la mesure où l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique grave et que, de surcroît, sa toxicodépendance, à l'instar de sa capacité de travail, est sujette à rémission complète moyennant une cure de sevrage et un suivi médical, force est d'admettre qu'il n'en résulte aucune invalidité au sens de la loi. 12. À l'appui de son recours, l'assuré se prévaut d'un rapport de la Dresse B_____ du 29 novembre 2016, évoquant une nouvelle hospitalisation à la clinique genevoise de Montana en octobre 2016. Dans la mesure où ce document se rapporte à une période postérieure à la décision attaquée, il n'y a toutefois pas lieu d'en tenir compte dans la présente procédure. En effet, de jurisprudence constante, il incombe au juge d'apprécier la légalité des décisions attaquées - sous réserve d'exceptions non réalisées en l'espèce - d'après l'état de fait existant au moment où la décision administrative a été rendue (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220; 121 V 362 consid. 1b p. 366). 13. Enfin, le recourant requiert l'audition de la Dresse B_____ et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de statuer sur le droit aux prestations à la date déterminante de la décision attaquée, il est inutile de renvoyer la cause à l'intimé ou d'entendre la Dresse B_____, étant précisé que cette praticienne s'est déjà prononcée à trois reprises par écrit. Aussi, les conclusions tendant au renvoi de la cause à l'administration et à l'audition de la Dresse B_____ sont-elles rejetées, par appréciation anticipée des preuves. 14. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Mal fondé, le recours est rejeté. 15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :