

GE_GERICHTE A/4010/2008 vom 4. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4010_2008

FR: GE_GERICHTE A/4010/2008 du 4 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE A/4010/2008 del 4 ottobre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.10.2010
A/4010/2008

A/4010/2008 ATAS/992/2010 du 05.10.2010 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4010/2008 ATAS/992/2010 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 4 octobre 2010 En la cause Monsieur F _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BEAUMONT Éric recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur F _____, ressortissant portugais né en 1958, est arrivé en Suisse en mars 1981. Il a exercé la profession de maçon jusqu'au 30 novembre 2001, date à compter de laquelle il a été dans l'incapacité de continuer suite à un infarctus. Le 30 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). Dans un rapport établi le 21 février 2003, le Dr L _____, de la permanence médico-chirurgicale de Vermont - Grand-Pré, a fait état des diagnostics suivants : une lombalgie invalidante sur la base d'une discopathie étagée, une sténose du canal lombaire étagée et une sténose foraminale en L5-S1 présentes depuis 2000, un état anxio-dépressif, un éthylisme chronique, une pré-cirrhose et une insuffisance de la circulation artérielle des membres intérieurs présente depuis 1998. Le médecin a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail du patient : un status post-infarctus du myocarde antéro-septal sur maladie coronarienne d'un vaisseau (IVA 100%) et une insuffisance artérielle du membre inférieur droit, grade I. Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 20 novembre 2001 et souligné que l'état de santé de son patient allait en s'aggravant. Le Dr L _____ a ajouté que l'assuré avait débuté une cure de sevrage. Le patient se plaignait d'insomnies, de réveils fréquents en raison de cauchemars et de douleurs au bas du dos; il pensait qu'il allait mourir brusquement; il ne pouvait marcher plus de 300 à 400 mètres en raison de crampes dans la jambe gauche et de douleurs au bas du dos; il ne pouvait non plus rester assis plus d'une demi-heure sans changer de position. Le médecin a émis un pronostic défavorable et exprimé l'opinion que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible pas plus qu'une autre. Par courrier du 16 juillet 2004, le Dr L _____ a informé l'OAI qu'il n'avait plus vu son patient depuis le 30 octobre 2003, date à laquelle son état de santé de l'assuré était pratiquement inchangé comparativement à celui décrit dans son rapport du 21 février 2003. Les limitations étaient superposables à celles alors constatées. La capacité de travail était nulle, même dans une activité légère. Dans un rapport du 28 novembre 2005, la Dresse M _____, du Service des maladies infectieuses des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a retenu les diagnostics suivants : un infarctus du myocarde antérieur sur occlusion de l'IVA proximale en 2001, un HIV stade A2 traité depuis 2004, une dépendance à l'alcool et une arthrose

dorso-lombaire évoluée. Le médecin a estimé que l'activité précédemment exercée n'était plus exigible de l'assurée, pas plus qu'une autre. Il a décrit l'état général du patient comme mauvais, expliquant que l'assuré était négligent et n'avait qu'une compréhension limitée de l'impact du pronostic des maladies dont il était atteint; il se trouvait dans la misère sociale et faisait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse. Le pronostic était réservé à moyen terme. L'OAI a confié une expertise au Département de médecine communautaire des HUG. Les Drs N_____, O_____ et P_____ ont rendu leur rapport en date du 14 mars 2006. Ils ont conclu à des troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool avec syndrome de dépendance de longue date, péjorés depuis 2001 ainsi qu'à un état dépressif depuis 2001. Ils ont également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une cardiopathie ischémique chronique depuis 2001, une immunodéficience humaine virale (VHI) depuis 2004 et une lombalgie basse présente de longue date. L'éthylisme a été évalué par un questionnaire AUDIT auquel l'assuré a obtenu un score montrant une dépendance nette à l'alcool. Celle-ci était grevée d'un état dépressif. Les médecins ont rappelé que selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la dépression est présente chez 80% des patients alcoolo-dépendants non sevrés mais qu'après sevrage et abstinence de quatre semaines, ce chiffre retombait à 5% pour les hommes. Ils en ont tiré la conclusion qu'après un sevrage et un laps de temps de trois à quatre semaines, un traitement antidépresseur pourrait être introduit si les symptômes dépressifs persistaient. Quant aux plaintes ostéo-articulaires du patient, non corrélées à l'examen clinique, ils ont émis l'hypothèse qu'elles pouvaient être induites ou tout au moins aggravées par l'état dépressif, dans le cadre d'une somatisation, et que l'abstinence et l'amélioration de l'humeur auraient certainement un impact positif. Au plan physique, les médecins n'ont mis en évidence aucune limitation objective du point de vue cardiaque, artériel ou ostéo-articulaire. Quant à la séropositivité du patient, ils ont souligné qu'elle ne constituait pas un motif de limitation de la capacité de travail. Au plan psychique en revanche, les médecins ont admis l'existence de limitations majeures : l'alcoolo-dépendance était incompatible avec la profession du patient, au vu des risques de blessures encourus sur un chantier; l'état dépressif était également une limitation en raison de l'impact sur la concentration et la productivité de l'assuré. Les médecins ont cependant souligné qu'un sevrage bien conduit suivi d'une prise en charge de l'état dépressif pourrait améliorer la situation et permettre, en théorie, une récupération au moins partielle de la capacité de travail. Pour l'heure, le patient était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité et aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable. A été jointe au rapport une évaluation psychiatrique établie le 28 juillet 2006 par la Dresse Q_____. Cette dernière a diagnostiqué un état dépressif sévère sans symptôme psychotique, des troubles mentaux et comportementaux liés à la consommation d'alcool et une dépendance au tabac. Le médecin a expliqué que l'état dépressif sévère était aggravé par la consommation régulière d'alcool, probablement secondaire aux problèmes somatiques et au décès du père de l'assuré, survenu en 2005. Un traitement antidépresseur s'avérait indispensable. Le médecin a précisé que pour obtenir un bon résultat, un sevrage, voire une diminution importante de la consommation d'alcool journalière s'avérait nécessaire et que ce sevrage devrait s'organiser dans un milieu hospitalier, ce à quoi l'assuré se refusait. Il avait en revanche accepté de prendre un traitement antidépresseur dont il espérait qu'il pourrait l'aider à se sentir moins triste et à mieux dormir mais ne s'était malheureusement plus présenté aux rendez-vous proposés. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail tant qu'un traitement antidépresseur ne serait pas pris de façon régulière et qu'un sevrage ne serait pas intervenu, préconisant qu'il

soit ensuite procédé à une nouvelle évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Interpellées par le médecin-conseil de l'OAI, les Dresses R_____ et S_____, du Département de médecine communautaire des HUG, ont, par courrier du 6 février 2007, confirmé que le patient se trouvait dans un état dépressif sévère aggravé par sa consommation régulière d'alcool, probablement secondaire à ses problèmes somatiques et au décès de son père en 2005. L'éthylisme chronique n'avait à leur connaissance pas entraîné de conséquences physiques importantes, excepté une hépatomégalie avec stéatose hépatique diffuse importante, qui nécessitait un suivi médical. Le patient n'étant plus suivi dans l'unité depuis plusieurs mois, les médecins étaient dans l'impossibilité de fournir des précisions sur l'évolution de son état et le suivi de son traitement; il ressortait du dossier qu'un traitement de Plavix et Zestril était en cours en septembre 2006. Le 10 août 2007, la Dresse T_____, chef de clinique au Département de médecine communautaire et unité d'alcoologie des HUG, a établi un rapport confirmant les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique présent depuis 2001 et de troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool avec syndrome de dépendance depuis 2000 environ. Les diagnostics supplémentaires déjà évoqués par les Drs N_____, O_____ et P_____, ont également été confirmés, tout comme le fait qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé du patient a été qualifié de stationnaire. La Dresse T_____ a émis l'avis que la capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales. Elle a précisé que le traitement avait débuté le 27 avril 2007 et que le patient avait réussi à cesser toute consommation durant la semaine au prix d'un grand isolement social, puisque la seule manière pour lui de ne pas consommer d'alcool consistait à ne pas sortir de chez lui. Il exprimait à quel point il était découragé, notamment par l'ampleur des changements sociaux qu'impliquait pour lui l'abstinence. Il ne montrait toutefois aucun signe de manque physique. Le médecin a indiqué qu'il était trop tôt pour émettre un pronostic en ce qui concernait la dépendance à l'alcool. Le patient rencontrait encore des difficultés suite au changement de vie qu'impliquait l'idée d'une abstinence complète. Les progrès effectués participaient à une meilleure image de lui-même et à une discrète amélioration de sa thymie. Pour l'heure, l'assuré était encore dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle régulière. Le médecin a suggéré de procéder à une nouvelle évaluation si une abstinence complète pouvait être obtenue et en fonction de l'évolution de l'état dépressif concomitant. Interrogé par l'OAI, le Département de médecine communautaire des HUG a précisé que le patient n'était pas suivi dans le service sur le plan psychiatrique. Le 5 février 2008, le Dr. U_____, médecin-conseil de l'OAI auquel le dossier de l'assuré a été soumis, a émis l'avis que les atteintes lombaire et cardiaque ne justifiaient d'incapacité de travail qu'en cas d'activité physique. La séropositivité de l'assuré n'entraînait quant à elle pas de limitation particulière et le trouble dépressif ne nécessitait aucun traitement particulier, ce dont il a tiré la conclusion que ce trouble ne présentait pas un degré de gravité notable et n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Le médecin a conclu à une capacité de travail entière depuis 2001 dans un travail simple et léger physiquement et n'impliquant ni risque infectieux ni exposition à l'alcool. Le 6 juin 2008, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a reconnu à l'assuré le droit à des mesures de réinsertion professionnelle. Le 7 octobre 2008, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a conclu à un degré d'invalidité de 27% après comparaison des revenus avant et après invalidité (62'099 fr., respectivement 45'506 fr.), degré insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Pour le reste, l'OAI a estimé que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires dans la mesure où il existait suffisamment

d'activités non qualifiées immédiatement accessibles sans formation. L'OAI a informé l'assuré qu'il pourrait en revanche bénéficier, à sa demande, de l'aide de son service de placement. Par écriture du 7 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recourant reproche à l'OAI de s'être exclusivement fondé sur le rapport du SMR de février 2008 et d'avoir négligé les rapports de ses médecins traitants ainsi que le rapport d'expertise des HUG, lesquels concluaient tous à une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Le 2 décembre 2008, le recourant a produit un certificat de la Dresse V_____, du Centre de thérapies brèves de la Servette, attestant du fait qu'elle l'avait suivi du patient du 26 mars au 2 avril 2007 dans le cadre d'un sevrage. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 février 2009, a conclu au rejet du recours. Il allègue que, sans l'en informer, l'assuré a travaillé chez son ancien employeur de janvier à octobre 2003. L'intimé fonde cette allégation sur le fait que l'assuré a été surpris procédant à une coupe de carrelage sur un chantier de son ancien employeur en date du 31 janvier 2004 lors d'un contrôle de la Commission paritaire de surveillance des métiers. Pour le reste, l'intimé relève que le recourant n'est pas suivi régulièrement sur le plan psychiatrique. Il considère que le problème d'alcool est au premier plan et qu'il n'y a aucun élément clinique permettant de conclure que cet éthylysme aurait eu des conséquences importantes persistant même après sevrage. Le 20 avril 2009, le recourant a répliqué en contestant avoir déployé la moindre activité chez son ancien employeur. Il explique qu'il a simplement été déjeuner avec un ancien collègue et relève qu'il n'était d'ailleurs pas habillé de manière adéquate pour se livrer à une activité de chantier. Le recourant requière la production du rapport établi par la commission suite au contrôle effectué le 31 janvier 2004. Le 12 août 2009, l'intimé a indiqué que le rapport d'intervention de la Commission paritaire de surveillance des métiers figurait au nombre des pièces transmises au Tribunal de céans (pièce 33). Par courrier du 24 août 2009, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Par courrier du 11 janvier 2010, l'OAI a produit le rapport d'intervention de la Commission de surveillance des métiers. Interpellé par le Tribunal de céans, G_____ a indiqué en date du 19 février 2010 qu'il n'avait jamais eu d'employé. Il a expliqué que le recourant était un ami et était venu le voir un samedi sur son chantier; ils étaient allés déjeuner ensemble; après le repas, ils avaient poursuivi la conversation sur le chantier où lui-même devait terminer quelques travaux. Monsieur G_____ a indiqué avoir contesté le rapport d'intervention de la Commission de surveillance des métiers mais n'avoir pas conservé de copie de son opposition. En date du 19 février 2010, X_____ SA a confirmé que le recourant avait été en arrêt de travail, notamment du 1^{er} décembre 2001 au 30 septembre 2003, date à laquelle son contrat de travail avait pris fin. Par courrier du 22 mars 2010, le Tribunal de céans a sollicité de la Commission paritaire des métiers du second œuvre la production de la copie de la contestation de Monsieur G_____. Par courrier du 25 mars 2010, ladite Commission a répondu qu'en 2004, l'activité de carrelage relevait du gros-œuvre, raison pour laquelle elle avait transmis la demande du Tribunal à la Commission paritaire du gros-œuvre. Informées par le Tribunal de céans qu'une expertise était envisagée, qui serait confiée au Dr W_____, les parties, dans leur délai qui leur a été fixé, n'ont fait valoir aucun motif de récusation et se sont exprimées sur les questions à poser à l'expert. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Les modifications apportées par la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité en matière de procédure sont applicables en l'espèce dès lors que le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). Le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant et son éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32

consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Selon l'art. 28 al. 1 LAI - dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 - l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était auparavant accordée à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, la loi prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus

d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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 (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). En l'occurrence, de nombreuses évaluations des médecins traitants, notamment du Département de médecine communautaire des HUG, figurent au dossier. Par ailleurs, l'assuré a été soumis, en 2006, à une expertise, comportant un volet psychiatrique, également effectuée par le Département de médecine communautaire. Tant les médecins traitants que les experts soulignent la nécessité de procéder à une nouvelle évaluation de la capacité de travail si un traitement antidépresseur était pris de façon régulière et le sevrage réussi (rapport d'expertise du 14 mars 2006, rapport de la Dresse T_____ des HUG du 10 août 2007). En l'état, il apparaît nécessaire au Tribunal de céans de procéder à une expertise judiciaire ayant pour but de déterminer si le recourant présente encore un trouble psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, dans l'affirmative, si ce trouble est consécutif à la dépendance et si un sevrage a pu être mené à terme avec succès. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr Gérald W_____, psychiatre. Invite l'expert, après avoir pris connaissance du dossier versé à la présente procédure, examiné et entendu l'assuré, s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir notamment consulté les médecins de l'assuré si besoin, à établir un rapport portant sur les points suivants : 1. Anamnèse détaillée du cas 2. Données subjectives et plaintes de l'assuré 3. Constatations objectives 4. Diagnostic(s) 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? 6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? 7. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui : Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale ? Si oui, laquelle ? A l'inverse, cette dépendance résulte-t-elle d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? Si oui, laquelle ? 8. L'assuré souffrait-il, préalablement à sa dépendance, d'une maladie psychique incapacitante qui aurait conduit quoi qu'il en soit à une incapacité de travail durable ? 9. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent. 10. Le cas échéant, dater la survenance de l'incapacité de travail durable. 11. Les atteintes éventuelles à la santé entraînent-elles une incapacité de travail et à quel taux ? a) dans l'activité précédemment exercée b) dans une autre activité 12. Existe-t-il une activité adaptée aux limitations du recourant ? Laquelle ? Y aurait-il diminution de rendement ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger de l'assuré une telle activité ? 13. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans le temps et comment a évolué sa capacité de travail ? 14. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail de l'assuré diffèrent des conclusions des autres médecins s'étant déjà exprimés, veuillez en expliquer les raisons. 15. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? 16. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées

seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'OAI, soit le 7 octobre 2008 ?
Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? 17. Pronostic 18. Toute remarque
utile et proposition de l'expert Invite l'expert à rendre son rapport au Tribunal de céans à sa
plus proche convenance. Réserve le fond. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine
STECK La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER Une copie conforme du présent arrêt
est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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