

## **GE\_GERICHTE A/4492/2017 vom 12. November 2018**

GE Cour de justice, 2018-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4492\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4492_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4492/2017 du 12 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4492/2017 del 12 novembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1977, ressortissant somalien, titulaire d'un permis C (pour réfugié), domicilié à Genève, célibataire, est entré en Suisse le 27 avril 1993. Il est assisté par l'Hospice général. Le 8 avril 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) pour une atteinte à la santé relevant d'un accident subi en 2010, soit une lésion du ligament croisé (LCA) droit, traitée par plastie le 17 octobre 2011, avec rupture de plastie, suite à une chute dont il résultait une instabilité résiduelle importante. Il avait en dernier lieu exercé une activité de peintre en bâtiment à 100 %. 2. L'unité d'orthopédie et traumatologie du sport à Cressy Santé (HUG – Dresse B\_\_\_\_\_) a attesté d'une capacité de travail (CT) nulle dès le 19 mars 2013. La restriction physique était : pas de port de charges lourdes. L'assuré bénéficiait du port d'une attelle en permanence et était traité par physiothérapie. Dans un rapport du 12 juillet 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ indiquait que le patient n'était pas revenu à la consultation depuis avril 2013, malgré deux rendez-vous fixés. Par la suite, elle a revu le patient en septembre 2013. Il n'y avait aucun élément nouveau depuis son rapport de juillet, qui restait valable. 3. Dans un avis du 21 octobre 2013, le service médical régional de l'AI - Dresse C\_\_\_\_\_ - (ci-après : SMR) relevait que l'intéressé était atteint d'une rupture des ligaments croisés, traitée par plastie le 17 octobre 2011, suivie d'un nouvel accident. Le début de la longue maladie se situait en novembre 2011. La CT exigible dans son activité habituelle était de 0 %, et de 100 % dans une activité adaptée, dès novembre 2011. Les limitations fonctionnelles (LF) étaient: pas de port de charges, pas de travail en station debout prolongée, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de descente ou montée d'escaliers. L'assuré, âgé de 36 ans, se trouvait en incapacité de travail dès le 17 octobre 2011. Après son deuxième accident il avait commencé à porter une orthèse. 4. Par décision du 13 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande. L'assuré avait un statut d'actif. Le taux d'invalidité a été déterminé par comparaison des revenus avec et sans invalidité, en l'espèce tous deux fondés sur les données de l'enquête suisse des salaires (ESS 2010 TA1, tous secteurs confondus [total], pour une activité simple et répétitive [niveau 4], pour un homme), actualisées à 2012. Le salaire avec invalidité, était réduit de 10 %. La perte de gain issue de la comparaison des revenus était de CHF 6'222.-, soit en pourcentage 10 %, taux d'invalidité retenu. Cette décision est entrée en force. Le 10 février 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, dans un premier temps sur formule de détection précoce. L'atteinte à la santé relevait de la maladie (troubles psychiques) ; le début de l'incapacité de travail à 100 % était fixé au 24 février 2015, sous forme d'absences de courte durée, chroniques, depuis 2015. L'assuré n'exerçait aucune

activité. Son médecin traitant est le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH.![endif]>![if> 6. Le 21 mars 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au conseiller en réadaptation de l'OAI, indiquant que son patient souffre au premier plan de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26) et de cocaïne, utilisation épisodique (F 14. 26). Une ou plusieurs autres psychopathologies telles qu'un état dépressif et/ou un trouble psychotique n'étaient pas à exclure. Actuellement le patient avait finalement accepté de prendre un traitement d'Abilify 10 mg/j associé à du Trittico 100 à 200 mg, si nécessaire, en cas de craving pour la cocaïne ou l'alcool ( Ndr. selon CIM 10 le craving se définit comme un « désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive » alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là ). En raison de ses troubles, il venait irrégulièrement à sa consultation.![endif]>![if> 7. S'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé, l'assuré a été invité à déposer une demande formelle, ce qu'il a fait le 15 mai 2017. Il a indiqué que l'atteinte à la santé consistait en des affections neuropsychiatriques et ostéoarticulaires, depuis plusieurs années. S'agissant de l'atteinte accidentelle, il a mentionné un accident de danse dans une discothèque.![endif]>![if> 8. Invité par l'OAI à établir un status psychiatrique détaillé, le psychiatre traitant a répondu le 27 mai 2017: le status clinique psychiatrique est très changeant, en fonction, en particulier, des prises de drogue et d'alcool. Quant aux diagnostics, il s'est référé à son rapport du 21 mars 2017 et en a confirmé les diagnostics retenus, précisant qu'une ou deux autres psychopathologies telles qu'un état dépressif et/ou un trouble psychotique et/ou un autre trouble psychiatrique n'avaient pas pu être confirmés ni exclus jusqu'à maintenant. L'atteinte existait au moins depuis le 24 février 2015, date du début du suivi par lui-même, mais sans doute depuis bien plus longtemps. Il n'y avait pas d'atteinte sans impact sur la CT. Les limitations fonctionnelles sont celles liées à l'intoxication aiguë à l'alcool et à la cocaïne ainsi qu'aux effets apparaissant au décours des intoxications aiguës telles qu'hallucinations auditives, syndrome anxio-dépressif,.... S'agissant de l'évolution de l'état de santé depuis le début de la prise en charge, le patient a pu commencer à sortir de sa phase de contemplation par rapport à ses addictions ; (« ce qui est favorable »). Jusqu'à maintenant il n'a jamais pu accepter un traitement psychotrope, proposé à plusieurs reprises. Il est très irrégulier dans la fréquentation de sa consultation. S'agissant de la CT, elle serait au maximum de 50 % dans une entreprise sociale avec une activité peu exigeante, et ce depuis le début du suivi. On pourrait imaginer qu'une activité adaptée puisse améliorer l'état clinique. Il conclut en précisant qu'à son avis, un examen médical complémentaire pourrait être nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur l'incapacité de travail.![endif]>![if> 9. Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur des HUG a également adressé un rapport à l'OAI, reçu le 23 juin 2017 : les atteintes à la santé ayant conduit au dépôt de la demande AI sont une gonalgie, instabilité et laxité chronique antérieure D ; - s/p (status post) rupture LCA, LLG, ménisque extérieur opéré en 2008 ; - s/p reprise d'une re-rupture du LCA en 2011 ; nouvelle re-rupture, traitée conservativement; arthrose secondaire FTI D. Ces atteintes sont incapacitantes (genou droit), depuis environ 2011, pour son travail de paysagiste. Les limitations fonctionnelles sont: pas d'utilisation fréquente des escaliers, pas de port de charges, travail debout limité ; travail impliquant une marche sur terrain irrégulier limité ; ne pas s'agenouiller ou s'accroupir fréquemment. ![endif]>![if> 10. Par avis du 8 septembre 2017, le SMR (Dresse E\_\_\_\_\_) a retenu que selon le rapport médical du psychiatre traitant, aucune atteinte psychiatrique hormis les dépendances n'a pu être confirmée. Le médecin traitant atteste que le suivi psychiatrique est très irrégulier et en lien

avec les prises de toxiques. Au vu de ce qui précède cet assuré ne présente aucune atteinte incapacitante au sens de l'AI sur le plan psychique. La CT reste entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du genou.![endif]>![if> 11. Le 8 septembre 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, aboutissant à un rejet de la demande. Après examen par le SMR des éléments médicaux et professionnels à disposition, l'OAI estime qu'il n'existe aucune atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Il n'y a pas d'affection à répercussion durable sur la CT. La CT raisonnablement exigible demeure complète à plein rendement dans toute activité. Il n'y a pas limitations fonctionnelles objectives contraindiquant une activité professionnelle à 100 % depuis toujours (sic!).![endif]>![if> 12. Par décision du 13 octobre 2017, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assuré. Ce dernier n'avait pas contesté le projet de décision, de sorte que les conclusions de celui-ci étaient reprises et confirmées. Selon les éléments médicaux et professionnels recueillis par l'OAI et soumis au SMR, il n'existe aucune atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi ; il n'y a pas d'affections ayant une répercussion durable sur la CT. La CT raisonnablement exigible demeure complète à plein rendement dans toute activité. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles objectives contraindiquant une activité professionnelle à 100 % depuis toujours. En l'absence d'atteinte à la santé ayant une influence sur la CT, aucune incapacité de travail ne peut être reconnue au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité doit être refusé.![endif]>![if> 13. Par courrier du 9 novembre 2017, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision. Son atteinte à la santé l'empêche d'avoir une activité dans le monde de l'économie réelle et ce, malgré ses efforts et ses différents traitements auprès des médecins et travailleurs de la santé qui l'ont pris en charge (Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, et Mme H\_\_\_\_\_ et M. I\_\_\_\_\_ (physiothérapeutes) entre autres). En revanche il avait enfin pu reprendre une activité occupationnelle à 50 % le 9 octobre 2017, auprès de J\_\_\_\_\_ ; il signait d'ailleurs le jour même (du recours) un avenant au contrat de travail, pour un contrat à durée indéterminée auprès de la Fondation J\_\_\_\_\_. Ainsi malgré ses différents troubles psychiques, il avait enfin pu trouver une situation lui permettant de stabiliser ses troubles ; il se sentait enfin un peu mieux. Si la décision entreprise devait entrer en force, les conséquences seraient telles qu'il serait de manière certaine voué à une nouvelle aggravation de son état de santé avec décompensation encore plus aiguë de ses troubles psychiques graves et invalidants.![endif]>![if> 14. L'intimé a répondu au recours par courrier du 27 novembre 2017. Il conclut à son rejet. Il rappelle qu'à la suite d'une première demande de prestations d'invalidité d'avril 2013, l'OAI avait refusé au recourant le droit à toute prestation par décision du 13 janvier 2014, à raison d'un taux d'invalidité de 10 %. Cette décision, était basée sur l'avis du SMR, selon lequel le recourant présentait une CT nulle dans son ancienne activité en raison d'une atteinte au genou datant de 2011, mais une CT entière dans une activité adaptée. En 2017, il dépose une nouvelle demande de prestations. Selon son psychiatre traitant, l'assuré présente depuis longtemps des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de cocaïne (rapport du 27 mai 2017). Selon le Dr K\_\_\_\_\_, il persiste une atteinte physique au niveau du genou, présente depuis 2011. Sur le plan psychique, selon la jurisprudence constante, la dépendance en elle-même ne constitue pas une atteinte à la santé diminuant la capacité de gain de l'assuré. Ainsi, par principe, la toxicomanie n'ouvre pas le droit aux prestations de l'assurance-invalidité (toxicomanie primaire). Sur le plan physique l'atteinte était déjà connue lors de la première

demande de prestations et ne présente pas d'aggravation permettant de modifier le droit aux prestations. En revanche, contrairement à ce qu'indique la décision litigieuse suite à une malencontreuse erreur de plume, il doit être considéré que le recourant présente une CT, mais uniquement dans une activité adaptée à ses limitations physiques d'épargne du genou. Le taux d'invalidité est toujours de 10 % pour des raisons physiques (atteintes au genou). La décision entreprise doit ainsi être maintenue dans son résultat.!

15. Invité à se prononcer, dans le cadre d'une réplique, l'assuré n'a pas réagi.!

16. La chambre de céans a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 1<sup>er</sup> octobre 2018: le recourant ne s'est pas présenté, sans excuse. L'OAI a persisté dans ses dernières conclusions, rappelant que, dans sa détermination, il avait signalé une erreur de plume dans la décision entreprise, puisqu'il fallait comprendre la capacité de travail reconnue au recourant comme pleine et entière, non pas dans toute activité, mais dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles relatives à son genou.!

17. Sur quoi la chambre de céans a gardé la cause à juger.!

18. Par courrier du 3 octobre 2018, une copie du procès-verbal de l'audience susmentionnée a été adressée au recourant.!

19. Par fax du 11 octobre 2018, le recourant a écrit à la chambre de céans en lui indiquant ne jamais avoir reçu la convocation à l'audience du 1<sup>er</sup> octobre 2018, demandant en conséquence à être reconvoqué.!

20. La chambre de céans a dès lors reconvoqué les parties et les a entendues en comparution personnelle le 29 octobre 2018 :!

21. Le recourant a déclaré : « Je confirme que je n'ai pas reçu votre première convocation pour l'audience du 1<sup>er</sup> octobre 2018. Lorsque j'ai reçu le procès-verbal de l'audience indiquant que je n'étais pas là, j'ai été voir mon psychiatre, pour savoir comment je devais agir par rapport à cela. Il m'a dit qu'il fallait écrire une lettre ou un email pour demander à être reconvoqué. Je confirme que pour cette fois, j'ai reçu et le recommandé et le pli simple.!

Vous me demandez comment se passe mon emploi auprès de J\_\_\_\_\_ auquel j'ai fait allusion dans mon recours. En fait, j'étais très content d'avoir trouvé cet engagement pour une durée indéterminée, mais après, ça n'a plus marché, parce qu'à un moment donné j'avais des problèmes personnels (alcool et cocaïne) et aussi des problèmes familiaux (je ne voyais pas mon fils). J'ai donc arrêté de travailler auprès de J\_\_\_\_\_, il y a 4 mois en arrière à peu près, mais je vais bientôt recommencer, soit l'année prochaine. Chez J\_\_\_\_\_, j'étais employé comme paysagiste. Cela consiste à aller chez les gens, couper le gazon, tailler les arbres, planter, et en fait, faire des tas de trucs. Sur demande d'un juge, je n'ai pas eu l'occasion d'arroser les jardins car je n'étais pas là. Je confirme que mon problème, c'est l'alcool et la cocaïne. Je suis toujours suivi par mon psychiatre, depuis des années, j'ai d'ailleurs rendez-vous demain avec lui. Je le vois à peu près 3 ou 4 fois par mois. Pendant les rendez-vous, on discute de mes problèmes. Il me prescrit également des médicaments pour dormir, pour ne pas entendre des voix. Vous me faites observer que selon les appréciations médicales au dossier, je pourrais retrouver une pleine capacité de travail si j'arrêtais la consommation de drogue et d'alcool : non parce que cela dure depuis de nombreuses années et je ne suis pas d'accord avec vous sur ce point. Je n'ai rien d'autre à vous dire ». 22. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS

831.20).![]> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).![]> 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.![]> 5. a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande doit être examinée sous l'angle de l'art. 17 LPGA, qui régit la révision de la rente d'invalidité. Elle ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1).![]> b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une

modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 7. 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. 8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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). 8. 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. 9. 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 malade, 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). 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). 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\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3). 10. 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).

!endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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). 11. 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). 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). 12. a. En l'espèce, la dernière décision que l'intimé a rendue sur le droit du recourant à une rente de l'AI ayant comporté un examen matériel dudit droit est celle du 13 janvier 2014, ayant refusé au recourant toute prestation, pour le motif qu'à teneur des éléments figurant au dossier, en particulier l'atteinte à la santé, de nature somatique, soit les suites d'une rupture des ligaments croisés, traitée par plastie le 17 octobre 2011, avait certes pour conséquence, selon l'avis concordant du médecin traitant et du SMR, que la CT exigible dans son activité habituelle était de 0 % , mais elle était de 100 % , dans une activité adaptée, dès novembre 2011. Les limitations fonctionnelles (LF) étaient : pas de port de charges, pas de travail en station debout prolongée, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de descente ou montée d'escaliers. b. La nouvelle demande de prestations du recourant, du 15 mai 2017, tend à l'octroi d'une rente d'invalidité, à l'instar de celle qu'il avait présentée le 8 avril 2013, mais celle-ci est fondée au premier plan sur des troubles psychiques, l'atteinte à la santé consistant, selon les termes de la demande, en des affections neuropsychiatriques et ostéoarticulaires (ces derniers étant ceux déjà connus, ayant fait l'objet de la première demande et du premier refus de prestations). En l'occurrence l'OAI étant entré en matière, dès lors qu'avec l'apparition de troubles nouveaux (d'ordre psychique) et différents des atteintes somatiques déjà connues, il a estimé que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré paraissait plausible. Il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la

question de l'entrée en matière, ce point n'étant pas litigieux, (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. c. Dès lors qu'il entrait en matière, l'intimé a sollicité tant de la part du psychiatre traitant que du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur des HUG des rapports détaillés concernant les troubles dont l'assuré serait actuellement atteint. S'agissant des troubles somatiques, le service de chirurgie orthopédique des HUG a confirmé les atteintes déjà connues du genou droit, soit pour l'essentiel la gonalgie et l'instabilité chronique du genou droit, énumérant pour le surplus les antécédents de cette articulation (status post). Ce service confirme que les atteintes énumérées du genou droit sont incapacitantes depuis 2011 environ, pour son activité de paysagiste. Il a en revanche confirmé la capacité de travail dans une activité adaptée, en répondant à la question consistant à indiquer de manière détaillée les limitations fonctionnelles dont il faudrait tenir compte dans une activité adaptée, aucune indication n'évoquant une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles étant toujours les mêmes. Quant au psychiatre traitant, il a indiqué à l'OAI, dans un premier temps, à la demande de son patient, que ce dernier souffre au premier plan de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique, ainsi qu'à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique également. Il laissait à l'époque entendre qu'une ou d'autres psychopathologies telles qu'un état dépressif et/ou un trouble psychotique n'était pas à exclure, précisant qu'en raison de ses troubles il venait irrégulièrement à sa consultation. Il indique, sans autre précision quant au suivi régulier, que le patient avait finalement accepté de prendre un traitement d'Abilify 10mg/j associé à du Trittico 100 à 200 mg si nécessaire en cas de craving pour la cocaïne ou l'alcool. Invité par la suite à se prononcer de manière beaucoup plus détaillée, notamment par rapport aux atteintes psychiatriques, sur la capacité de travail, sur les limitations fonctionnelles et sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de la prise en charge, de même que par rapport au traitement en cours, il a précisé que le status clinique psychiatrique est très changeant, en fonction, en particulier, des prises de drogue et d'alcool. Quant aux diagnostics, il s'est référé à son rapport du 21 mars 2017 et en a confirmé les diagnostics retenus, précisant qu'une ou d'autres psychopathologies telles qu'un état dépressif et/ou un trouble psychotique et/ou un autre trouble psychiatrique n'avaient pas pu être confirmés ni exclus jusqu'à maintenant. L'atteinte existait au moins depuis le 24 février 2015, date du début du suivi par lui-même, mais sans doute depuis bien plus longtemps. Il n'y avait pas d'atteinte sans impact sur la CT. Les limitations fonctionnelles sont celles liées à l'intoxication aiguë à l'alcool et à la cocaïne ainsi qu'aux effets apparaissant au décours des intoxications aiguës telles qu'hallucinations auditives, syndrome anxio-dépressif,.... S'agissant de l'évolution de l'état de santé depuis le début de la prise en charge, le patient avait pu commencer à sortir de sa phase de contemplation par rapport à ses addictions; (" ce qui est favorable "). Jusqu'à maintenant il n'a jamais pu accepter un traitement psychotrope, proposé à plusieurs reprises. Il est très irrégulier dans la fréquentation de sa consultation. S'agissant de la CT, elle serait au maximum de 50 % dans une entreprise sociale avec une activité peu exigeante et ce, depuis le début du suivi. On pourrait imaginer qu'une activité adaptée puisse améliorer l'état clinique. Il conclut en précisant qu'à son avis, un examen médical complémentaire pourrait être nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur l'incapacité (sic!) de travail. On observera au passage que le médecin traitant ne justifie nullement les raisons

pour lesquelles il estime que la CT serait au maximum de 50 %, « dans une entreprise sociale avec une activité peu exigeante », soit en pratique en dehors du circuit économique normal, sinon par rapport au fait que son comportement très fluctuant est dicté sinon conditionné par ses addictions à l'alcool et la cocaïne. Le SMR en a conclu, dans son avis du 8 septembre 2017, que sur le plan psychiatrique, le Dr D\_\_\_\_\_ ne retient aucune atteinte psychiatrique confirmée, hormis les dépendances évoquées. Le médecin traitant atteste que le suivi psychiatrique est très irrégulier et en lien avec les prises de toxiques. Il en conclut que cet assuré ne présente aucune atteinte incapacitante au sens de l'assurance invalidité sur le plan psychique. Au vu de la jurisprudence précitée, relative à une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie, celle-ci ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi, mais elle joue en revanche 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). En l'occurrence, les conclusions du SMR apparaissent comme pertinentes : aucun élément du dossier, et en particulier les informations recueillies auprès du psychiatre traitant, ne permet de douter du caractère primaire des dépendances dont il est affecté, de sorte que l'incapacité de travail qui pourrait en résulter n'émerge pas à l'assurance-invalidité. On doit également retenir qu'aucune comorbidité psychiatrique n'est avérée dans le cas d'espèce : si dans un premier temps le médecin traitant avait envisagé, de manière théorique d'ailleurs, l'existence de telles comorbidités, et sans le moindre argument précis, il a confirmé ensuite qu'en l'état « une ou d'autres psychopathologies telles qu'un état dépressif et/ou un trouble psychotique et/ou un autre trouble psychiatrique n'ont pas pu être confirmées ni exclues jusqu'à maintenant. ». En d'autres termes, et au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, il est établi que le recourant n'était, en tout cas au moment où la décision entreprise a été rendue, affecté d'aucune pathologie psychiatrique ayant valeur de maladie au sens du droit de l'assurance-invalidité. Ce n'est pas tant le fait que les diagnostics auxquels pouvait, le cas échéant, songer le psychiatre traitant « n'aient pas été exclus jusqu'à maintenant » qui est déterminant, mais bien plutôt le fait qu'aucun de ces diagnostics n'ait été confirmé, ni même envisagé comme probable. Il n'est pas indifférent de relever également que conformément aux raisons pour lesquelles la jurisprudence ne retient pas les dépendances primaires comme invalidantes au sens de l'assurance-invalidité - moyennant un sevrage, ou un traitement exigible, l'intéressé pourrait sans autre retrouver une capacité de travail exploitable - : il ressort des indications claires du psychiatre traitant que le status clinique psychiatrique de l'intéressé est très changeant, en fonction en particulier des prises de drogue et d'alcool, le spécialiste observant que depuis qu'il suit l'intéressé (24 février 2015), le patient a pu commencer à sortir de sa phase de contemplation par rapport à ses addictions, ce que le médecin considère comme favorable ; mais il observe toutefois que jusqu'à maintenant (mai 2017), il n'a jamais pu accepter de traitement psychotrope proposé à plusieurs reprises, et il fréquente la consultation de manière très irrégulière. Or, à l'évidence, les traitements proposés sont manifestement exigibles, l'intéressé ayant, de son côté, le devoir, sinon l'intérêt, de s'y soumettre. d. A l'appui de son recours, l'assuré ne critique la décision entreprise qu'en tant que, selon lui, son atteinte à la santé l'empêcherait d'avoir une activité dans le monde de l'économie réelle, et ce prétendument malgré les efforts et les différents traitements qu'il aurait suivis. Au vu de ce qui vient d'être dit, le recourant ne saurait être suivi. Tout montre au contraire qu'il a encore beaucoup à faire pour

entreprendre sinon suivre régulièrement les traitements qui lui sont recommandés ou prescrits, et qui sont exigibles de sa part. Au reste, il indique avoir enfin pu reprendre une activité occupationnelle à 50 %, et avoir même signé, le jour où il adressait son recours à la juridiction de céans, un contrat à durée indéterminée avec la Fondation J\_\_\_\_\_, relevant ainsi que « malgré ses différents troubles psychiques, il avait enfin pu trouver une situation qui puisse permettre une stabilisation de ceux-ci, et qu'il se sent enfin mieux, ce qui démontre à l'évidence, une amélioration plutôt qu'une détérioration de son état de santé. Il est encore rappelé que, dans le cadre de la procédure de recours, l'intéressé n'a produit aucun document médical propre à remettre en cause la pertinence de la décision entreprise. Certes, le recourant a expliqué lors de son audition par la chambre de céans que l'activité de paysagiste qu'il avait obtenue, le jour-même de son recours, sous forme d'un contrat de durée indéterminée avait entre-temps été interrompu, en raison d'une nouvelle période de consommation d'alcool et de cocaïne. C'est bien la démonstration que moyennant un sevrage et une abstinence exigible il pourrait sans autre conserver un travail régulier. C'est aussi le lieu de constater que sur le plan physique, les atteintes retenues ne l'empêchent pas d'accomplir des travaux de jardinage d'une certaine intensité physique, ce qui montre bien que l'atteinte physique se situe très clairement au second plan, et ne l'empêche pas de déployer une activité en tout cas adaptée. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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