

GE_GERICHTE A/595/2011 vom 31. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_595_2011

FR: GE_GERICHTE A/595/2011 du 31 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/595/2011 del 31 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à Bernex recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé EN FAIT Monsieur M _____, né en 1958, originaire de Turquie, est venu en Suisse en septembre 2009. Il y a exercé plusieurs types d'activités, tels qu'aide de cuisine, manutentionnaire ou vendeur de kebabs. Il a déposé le 15 janvier 2010 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) alléguant souffrir d'une maladie psychiatrique depuis 1995. Dans un rapport du 15 février 2010, le Docteur A _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que son patient était connu pour des affections psychiatriques, qu'il avait déjà été suivi au Centre de thérapies brèves (CTB) à la rue de Lausanne durant sept mois en 1995, que plusieurs médicaments antidépresseurs et anxiolytiques lui avaient été prescrits par le CTB et son médecin traitant, le Dr B _____, et qu'il présentait une aggravation de son état psychique avec des symptomatologies anxio-dépressives importantes depuis la venue de sa femme de Turquie. Il souffre de troubles du sommeil, de fatigue mentale et physique, de tristesse, d'angoisse, de manque d'envie d'accomplir les tâches quotidiennes et de problème de concentration. Le Dr A _____ a estimé que l'incapacité de travail était entière depuis le 16 juillet 2009, ajoutant que son patient était incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. L'OAI a requis du CTB, secteur Pâquis, des informations médicales. Celui-ci lui a fait parvenir le 19 mars 2010 le rapport qui avait été établi le 7 février 1995 à la suite d'une prise en soins s'étant déroulée du 30 décembre 1994 au 19 janvier 1995 pour état dépressif majeur sans idée suicidaire. Le diagnostic posé était celui de trouble de l'adaptation avec plaintes somatiques. Il s'avère que grâce à un encadrement important du CTB, à des entretiens infirmiers et médico-infirmiers, à un groupe thérapeutique matinal stimulant, ainsi qu'à un traitement médicamenteux, la symptomatologie d'entrée s'était rapidement améliorée. Le patient avait alors été adressé au Dr B _____. Celui-ci, également interrogé par l'OAI, a indiqué le 24 mars 2010, que l'intéressé avait exercé de nombreuses activités comme opérateur manœuvre, comme plongeur, comme nettoyeur et comme vendeur de kebabs, et relevé que le patient attribuait les échecs de sa vie professionnelle à son caractère et à ses problèmes psychiques. Dès 1995, un diagnostic de dépression, un état d'anxiété et une personnalité immature avaient été posés. Dans un avis du 18 mai 2010, la Doctoresse C _____ du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR) souligne que l'assuré a travaillé depuis son arrivée en Suisse. Elle constate qu'il a présenté en 1995 un trouble de l'adaptation non incapacitant durablement, et souffre actuellement d'un épisode dépressif avec incapacité totale de travail depuis le 16 juillet 2009. Elle propose de revoir la situation début juillet 2010. Le 26 juillet 2010, le Dr A _____ a informé l'OAI que l'état de santé de son patient était stationnaire, qu'il

souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. Il ne note aucune évolution favorable, de sorte que le pronostic n'est pas bon. Le patient est suivi d'une manière régulière pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux. Sa capacité de travail est nulle en raison de ses affections psychiatriques importantes. Une reprise de travail n'est pas envisageable actuellement, ni dans son travail habituel, ni dans un travail adapté. Le Dr B _____, quant à lui, a indiqué le 28 juillet 2010 que l'état de santé s'était aggravé depuis 2009, indiquant les diagnostics suivants : "anxiété généralisée, ne tient pas en place, trouble somatoforme douloureux (lombalgies et douleurs aux membres inférieurs), lombalgies chroniques irradiantes vers les membres inférieurs, pincements postérieurs L5-S1, spondilose L4-L5, arthrose postérieure L5-S1 à droite, douleurs migrantes atypiques d'origine fonctionnelle, prostatisme depuis janvier 2010, urticaire. Il a pu constater une augmentation de l'anxiété, des douleurs migrantes surtout dans les pieds, ainsi qu'un prostatisme et une augmentation de l'urticaire. Les Drs D _____, rhumatologue, et E _____, psychiatre, tous deux du SMR, ont examiné l'assuré avec l'assistance d'un traducteur de langue turque et ont établi un rapport le 15 septembre 2010. Ils ont retenu à titre de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et des discrets troubles dégénératifs du rachis, un syndrome rotulien bilatéral et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission complète, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles statiques des pieds, une discrète arthrose nodulaire des doigts, un angiodème avec urticaire chronique, un prostatisme, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. Ils ont estimé à 50% l'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité de vendeur de kebabs et d'aide de cuisine depuis le 16 juillet 2009, dans la mesure où il ne présente que de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire, une bonne mobilité rachidienne et une bonne tolérance à la position assise. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant huit kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant douze kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers), ils ont considéré qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail depuis le 16 juillet 2009. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est entière quelle que soit l'activité envisagée depuis trois mois environ, suite à une évolution favorable. La dépendance à l'alcool en elle-même ne justifie aucune incapacité de travail, cette dépendance étant primaire, le sevrage est à cet égard même exigible théoriquement. L'alcoolisme n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et n'est pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique, ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Les médecins du SMR n'ont pas non plus mis en évidence de syndrome douloureux somatoforme persistant. Aussi la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est-elle de 100% depuis environ juin 2010, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité, compte tenu d'un salaire sans invalidité de 48'000 fr. sur la base du questionnaire-employeur daté du 11 avril 2010, et un salaire avec invalidité, de 61'240 fr., sur la base du tableau TA1 tous secteurs confondus

de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, indexée à 2009, activités pour hommes de niveau 4, salaire duquel il a déduit 10% en raison des limitations et de l'activité légère, pour obtenir le montant de 55'116 fr. Le revenu avec invalidité dépassant le revenu sans invalidité, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 1^{er} décembre 2010, aux termes duquel sa demande était rejetée. L'OAI a confirmé ce projet par décision du 26 janvier 2011. L'assuré a interjeté recours le 28 février 2011 contre ladite décision. Il rappelle qu'il est en incapacité totale de travail depuis juillet 2009 et conteste l'expertise réalisée par les médecins du SMR dont les conclusions sont en contradiction avec celles de ses médecins traitants, les Drs A _____ et B _____, ainsi qu'avec l'évaluation du Dr F _____, médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi, lequel a estimé en mars 2010 que sa capacité de travail était nulle. Il conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans le cas où une capacité résiduelle de travail lui était reconnue, il demande à ce qu'une évaluation et une description plus précise des activités professionnelles qui lui resteraient accessibles soient faites, et la prise en charge d'une réadaptation professionnelle. Le 21 mars 2011, il a produit deux nouveaux certificats des Drs G _____ et H _____, radiologues, d'une part, et du Dr A _____ daté du 25 février 2011, d'autre part. Les constatations des Drs G _____ et H _____ font état d'une discarthrose C5-C6 avec uncarthrose bilatérale au même niveau prédominant à gauche. Le Dr A _____, quant à lui, relève que, contrairement aux constatations de la Dresse E _____, il n'a pas remarqué, alors qu'il est le médecin psychiatre qui suit l'assuré d'une manière régulière, que l'état de celui-ci s'améliorait progressivement au niveau de ses troubles du sommeil et de la symptomatologie anxio-dépressive. Il s'étonne de ce que la Dresse E _____ ait pu conclure que "sur le plan psychiatrique depuis trois mois environ, suite à une évolution favorable, la capacité de travail exigible était à 100%", alors qu'elle ne l'a vu qu'une seule fois. Il rapporte que selon son patient, le contact avec la psychiatre avait été agressif et désagréable, qu'elle lui aurait dit qu'il n'était pas malade, qu'il devrait faire un sevrage d'alcool dans la semaine qui suivait et retourner au travail. Le Dr A _____ explique qu'un processus de sevrage est toujours subjectif et que seule une psychothérapie peut amener le patient à prendre la décision d'effectuer un sevrage. Il confirme dès lors que la capacité de travail est nulle. L'assuré requiert par ailleurs un délai complémentaire pour produire un rapport que devrait établir le Dr I _____ du Programme dépression des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans sa réponse du 18 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se fonde sur l'avis du Dr J _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin du SMR, du 8 avril 2011, selon lequel les observations du Dr A _____ du 25 février 2011 n'apportent pas de fait nouveau susceptible de modifier la position de l'OAI. Il considère en effet qu'un sevrage est exigible, et relève que le status psychiatrique retenu par la Dresse E _____ ne permet pas de diagnostiquer au moment de l'examen un quelconque épisode dépressif au sens d'une classification reconnue. La vie sociale menée par l'assuré est normale. Il voit régulièrement ses amis, son désir de marcher trois à quatre kilomètres par jour pour garder la forme témoigne de sa volonté conservée, volonté qui serait totalement inefficace dans un état dépressif. Il en conclut que la position du Dr A _____ n'était plus d'actualité au moment de l'examen psychiatrique. Par courrier du 19 mai 2011, l'assuré reproche à l'OAI de ne pas tenir compte du fait que le médecin du SMR admet des limitations fonctionnelles plus importantes que précédemment. S'agissant des commentaires faits sur l'alcool, il rappelle qu'il est suivi à la consultation spécialisée des HUG, que sa consommation a diminué de manière importante dans les derniers mois et qu'il ne consomme plus depuis

environ un mois. Il joint à son courrier un rapport établi le 15 avril 2011 par les Drs I _____ et K _____, lesquels diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel sévère, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et une anxiété généralisée. Ces médecins estiment que les troubles sont accompagnés d'un syndrome douloureux chronique. Ils retiennent parallèlement une dépendance à l'alcool avec une consommation actuellement continue, une anxiété généralisée, une agoraphobie sans trouble panique, étant précisé que ces derniers diagnostics devraient être réévalués à distance de l'épisode anxio-dépressif actuel avant d'être maintenus comme des comorbidités. Il est probable selon eux que les consommations d'alcools par moment importantes, ainsi que leurs fluctuations dans le temps puissent avoir un impact négatif sur le niveau d'anxiété, d'irritabilité et l'intensité de la symptomatologie dépressive. A nouveau invité à se déterminer, le Dr J _____ a observé que "La problématique alcoolique perdure selon le Dr K _____, médecin adjoint agrégé. En conséquence, nous devons en déduire qu'il existe une relation directe entre l'utilisation d'alcool qui est continue et la gravité qualifiée de sévère du trouble dépressif récurrent. L'assuré du reste, en admettant que depuis le 19.04, il ne consomme plus d'alcool, valide la consommation antérieure exagérée de ce toxique. L'évaluation du Dr K _____ n'invalide pas du tout celle effectuée par le Dr E _____ qui, reconnaissant l'épisode dépressif sévère, l'a estimé en rémission complète selon son anamnèse et son examen psychiatrique. Relevons, dans le rapport du Dr K _____, la variabilité de la prise d'alcool et son influence sur le diagnostic d'anxiété généralisée et d'agoraphobie sans trouble panique. Selon lui, «ces diagnostics devraient être réévalués à distance de l'épisode anxiodépressif actuel avant d'être maintenu comme des comorbidités» et nous rajouterons à cette prise de position la notion d'un sevrage d'alcool total qui reste exigible. De plus, le Dr K _____ met en évidence que le dosage plasmatique d'Escitalopram (Cipralox 10 mg) montre des taux clairement infra-thérapeutiques. Une modification du traitement est suggérée. De plus, par rapport à l'alcoolisme, «une intervention plus spécifique à ce niveau semble indiquée». Enfin, si une problématique respiratoire peut évoquer un syndrome d'apnées du sommeil et qu'un bilan au laboratoire du sommeil a été proposé au patient, cette pathologie est susceptible de s'améliorer nettement avec une abstinence d'alcool d'une part et d'autre part ne constitue pas, bien appareillée, une incapacité de travail durable. Un angio-œdème avec urticaire chronique ne représente pas une cause d'incapacité de travail. Ainsi, faute d'une prise en charge spécifique antialcoolique, dans le cadre de ce qui nous apparaît comme un alcoolisme primaire depuis 1985 (cf. page 4 de l'examen SMR du Dr E _____), il n'est pas étonnant que l'assuré puisse se présenter de manière différente à divers experts ou médecins traitants, et cela perdurera aussi longtemps qu'un sevrage d'alcool définitif n'aura pas été mis en place." L'OAI a dès lors maintenu ses conclusions par courrier du 20 juin 2011. Le 4 novembre 2011, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique, et indiqué quelles étaient les questions qui seraient posées à l'expert. Par courrier du 6 décembre 2011, l'OAI a communiqué un avis du SMR daté du 28 novembre 2011, aux termes duquel "il convient de mettre en évidence le fait qu'en cas d'alcoolisme primaire, tel que diagnostiqué auparavant (examen psychiatrique du 15.09.2010 ayant valeur d'expertise) une incapacité de travail ne peut être considérée selon la loi AI que pour des séquelles somatiques importantes (cirrhose éthylique décompensée, syndrome de Korsakoff ou trouble cognitif touchant à la démence). Jusqu'à présent, nous n'avons aucune évidence que de telles séquelles soient présentes. Par ailleurs, pour qu'une nouvelle expertise soit valable, il serait nécessaire qu'elle soit effectuée

après trois mois d'abstinence contrôlée par un service d'alcoologie." Les parties ont été invitées à se déterminer sur le choix de l'expert retenu par la Cour de céans. Avant de se prononcer, l'OAI a jugé utile de poser la question au SMR, lequel a repris son précédent avis du 21 novembre 2011, ajoutant qu'il n'avait pas de remarque particulière quant au choix de l'expert. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). D'après une jurisprudence constante, 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). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance de l'assuré constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral no 9C_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3). 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 non publié du Tribunal fédéral no 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.3). L'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. 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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêts non publiés du Tribunal fédéral I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4). L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail

pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (ATF 9C_711/2010 du 18 mai 2011, consid. 5.1; ATF 132 V 65, consid. 4.2.2).

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). En l'espèce, le Dr D_____ a retenu, dans le rapport qu'il a établi conjointement avec la Dresse E_____ le 15 septembre 2010, plus particulièrement des rachialgies, impliquant un certain nombre de limitations fonctionnelles, de sorte qu'il a conclu à une incapacité de travail de 50% dans l'activité de vendeur de kebabs et d'aide de cuisine, mais à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, en revanche, les médecins du SMR ont considéré que la capacité de travail était de 100% quelle que soit l'activité envisagée, depuis trois mois environ, soit depuis juin 2010. Ils ont en effet diagnostiqué, au moment de leur examen, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, en rémission complète. Ils ont précisé que l'alcoolisme n'était ni la conséquence, ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité, et que la dépendance à l'alcool en elle-même ne justifiait aucune incapacité de travail, cette dépendance étant primaire. Ils n'ont pas non plus retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assuré conteste les conclusions du rapport d'expertise, se fondant sur les avis de ses médecins traitants. Tant le Dr B_____ que le Dr A_____ considèrent que leur patient est incapable de travailler à 100% depuis juillet 2009. Le Dr A_____ plus particulièrement, après avoir pris connaissance des constatations de la Dresse E_____, s'est étonné de ce que celle-ci ait pu conclure à un épisode dépressif sévère en rémission complète depuis juin 2010 alors qu'elle n'a vu l'assuré qu'une seule fois en septembre 2010 ; il confirme quant à lui qu'il n'y a pas eu d'amélioration et que la capacité de travail est restée nulle. S'agissant de la problématique de l'alcool, il rappelle que le processus de sevrage prend du temps, et implique en premier lieu que le patient en prenne la décision, celle-ci ne pouvant être envisagée qu'après une psychothérapie. Il s'avère à cet égard que l'assuré a précisément consulté les Drs I_____ et K_____, lesquels ont, dans un rapport du 15 avril 2011, diagnostiqué un trouble dépressif récurrent épisode dépressif actuel sévère. Ils ont également retenu une dépendance à l'alcool avec une consommation actuellement continue, une anxiété généralisée et une agoraphobie sans trouble panique, précisant toutefois que ces derniers diagnostics devraient être réévalués à distance de l'épisode anxio-dépressif actuel avant d'être maintenus comme des comorbidités. Ils ont indiqué qu'il était probable que les consommations d'alcool par moment importantes, ainsi que leur fluctuation dans le temps, pouvaient avoir un impact négatif sur le niveau d'anxiété, d'irritabilité et l'intensité de la symptomatologie dépressive. Ils ont enfin considéré que les troubles dont souffrait l'assuré étaient accompagnés d'un syndrome douloureux chronique. Selon le Dr J_____, l'évaluation des Drs K_____ et I_____ viendrait confirmer celle de la Dresse E_____ qui estime que l'épisode dépressif est en rémission complète. On ne voit pas cependant comment le fait que les variations quantitatives et qualitatives de la consommation d'alcool puissent avoir un impact négatif sur la symptomatologie dépressive, soit de nature à

expliquer que la Dresse E_____ ait retenu que l'état dépressif sévère était en rémission complète. On ne comprend pas bien non plus comment la Dresse E_____ arrive à la conclusion, lorsqu'elle examine l'assuré en septembre 2010, que son état dépressif s'est amélioré depuis trois mois au point que l'épisode dépressif sévère soit en rémission complète, alors que le Dr A_____ ainsi que le Dr B_____, d'une part, font état en juillet 2010 d'un épisode dépressif sévère et d'une anxiété généralisée et nient en février 2011 qu'il y ait une amélioration, et que les Drs I_____ et K_____, d'autre part, confirment en avril 2011 l'intensité sévère. On ne peut dès lors que s'étonner des conclusions de la Dresse E_____. Il est vrai que selon les psychiatres des HUG, il est probable que les consommations d'alcool par moment importantes ainsi que leur fluctuation dans le temps puissent avoir un impact négatif sur le niveau d'anxiété, d'irritabilité et l'intensité de la symptomatologie dépressive, ce qui conduit l'OAI à en conclure qu' "il existe une relation directe entre l'utilisation d'alcool qui est continue et la gravité qualifiée de sévère du trouble dépressif récurrent". On ne saurait toutefois assimiler une hypothèse envisagée par les médecins à un fait avéré, et ainsi considérer comme établi, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que le trouble dépressif sévère est lié à la dépendance à l'alcool, ni déterminer le cas échéant l'impact de cette dépendance sur la capacité de travail. Il va de soi qu'un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent serait bénéfique à l'assuré. La Cour de céans constate à cet égard que l'assuré s'est d'ores et déjà adressé à la Consultation spécialisée des HUG. Force est de constater que tous les médecins font état d'un épisode dépressif d'intensité sévère tant en juillet 2010 qu'en avril 2011. Seule la Dresse E_____ considère qu'il est en rémission complète depuis juin 2010, sans que l'on comprenne précisément pour quel motif elle arrive à cette conclusion. La valeur probante du rapport SMR du 15 septembre 2010 ne peut dès lors être reconnue, du moins sur le plan psychiatrique, les conclusions de la Dresse E_____ n'étant ni convaincantes, ni motivées. Le dossier médical ne permet notamment pas à la Cour de céans de déterminer si le trouble dépressif dont souffre l'assuré est lié à la dépendance à l'alcool. Si tel n'était pas le cas, il aurait incontestablement valeur de maladie et s'il devait être qualifié de sévère, entraînerait une totale incapacité de travail. En conséquence, et vu ces avis médicaux, contradictoires et incomplets, la Cour de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr L_____. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur M_____, assisté d'un traducteur de langue turque, "après trois mois d'abstinence" le cas échéant, après s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure ; il sollicitera l'avis de tiers au besoin ; Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : Anamnèse. Données subjectives de la personne. Constatations objectives. Diagnostic(s) ou diagnostics différentiels selon la classification internationale. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, en expliquant en quoi les troubles objectivés entraînent une incapacité de travail et en précisant l'évolution de l'incapacité de travail. Si une dépendance à l'alcool devait être diagnostiquée, préciser s'il s'agit d'un alcoolisme primaire, et indiquer s'il a occasionné des séquelles somatiques. Examiner s'il y a une relation directe entre l'utilisation d'alcool, d'une part, et la présence et l'intensité du trouble dépressif récurrent, d'autre part. Déterminer le cas échéant l'impact de la

dépendance sur la symptomatologie dépressive et sur la capacité de travail. Quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant ? Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible du recourant, et dans ce cas dans quel domaine ? Dans une telle activité, existe-t-il une diminution de rendement et dans quelle mesure ? Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. Pronostic. Toute remarque utile et proposition de l'expert. Commet à ces fins le Dr L _____ ; Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond ; La greffière Nathalie LOCHER La Présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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