

GE_GERICHTE A/687/2014 vom 2. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_687_2014

FR: GE_GERICHTE A/687/2014 du 2 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/687/2014 del 2 ottobre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.10.2014
A/687/2014

A/687/2014 ATAS/1055/2014 du 02.10.2014 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/687/2014 ATAS/1055/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 2 octobre 2014 6 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (l'assuré), né le _____ 1969, de nationalité suisse, divorcé, père d'un enfant né en 1996, est titulaire d'un CFC de confiseur-pâtissier-glacier.![endif]>![if> 2. Selon l'extrait de son compte individuel, l'assuré a travaillé pour l'entreprise B_____, devenue dès 2004 la pâtisserie C_____ Sàrl, de 1987 jusqu'à juin 2005, puis à nouveau dès septembre 2010.![endif]>![if> 3. Le 14 janvier 2013, la Doctoresse D_____, exerçant à Annemasse, a attesté d'un arrêt de travail à 50% du 14 janvier au 16 mars 2013.![endif]>![if> 4. Le cas a été pris en charge par la ZURICH ASSURANCE (ci-après : la ZURICH), assureur perte de gain et une indemnité journalière a été versée dès le 17 janvier 2013.![endif]>![if> 5. Le 12 mars 2013, la Dresse D_____ a prolongé l'arrêt de travail à 50% jusqu'au 15 juin 2013.![endif]>![if> 6. Le 11 juin 2013, la Dresse D_____ a informé la ZURICH que le traitement avait débuté le 14 janvier 2013, que l'assuré était dans le déni de sa maladie et que l'incapacité de travail était de 50% depuis le 14 janvier 2013, pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 7. Le 23 juin 2013, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à la ZURICH assurance-maladie que le traitement avait débuté le 12 septembre 2011 pour un diagnostic d'épisode dépressif majeur F32 et que le traitement était terminé.![endif]>![if> 8. L'assuré a déposé le 19 juillet 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de troubles psychiques / délire paranoïaque.![endif]>![if> 9. Le 29 août 2013, la Dresse D_____ a rempli un rapport médical AI.![endif]>![if> L'assuré présentait une maladie bipolaire depuis 2000 ; il avait été suivi par le Dr E_____ depuis 2010, puis par elle-même depuis le 17 janvier 2013. L'assuré présentait une dépression, de l'agressivité (connotation paranoïaque), des troubles de la personnalité, de la concentration, du comportement, de la fatigabilité. Il prenait des neuroleptiques et des antidépresseurs. L'incapacité de travail était de 50% du 5 septembre 2011 au 30 septembre 2013. L'assuré réalisait en fait un 30% dans son activité, ce qui constituait sa réelle capacité de travail. 10. Le 5 septembre 2013, la pâtisserie C_____ Sàrl a rempli le questionnaire pour l'employeur en mentionnant un engagement de l'assuré le 1 er septembre 2010, un horaire normal de travail hebdomadaire de 42 heures et un horaire de l'assuré de 3 à 4 heures de travail par jour, soit 17 heures à 20 heures par semaine. Son salaire de base était de CHF 2'725.- par mois dès le 1 er janvier 2013. L'incapacité de travail était de 50% dès le 17 janvier 2013. Il était noté que : « A_____ est

dans l'entreprise familiale depuis 23 ans et progressivement il a été évident qu'il n'était plus en mesure de travailler à temps plein. Dès qu'il le souhaitait, il quittait l'entreprise pour rentrer chez lui pendant plusieurs jours et revenait quand il le souhaitait. En tant que membre de la famille, il a toujours pensé faire ce qui lui plaisait, mais au détriment de ses collègues de travail et de la bonne marche de l'entreprise. Depuis qu'il est à temps partiel, il arrive mieux à gérer ses émotions au travail et arrive tant bien que mal à respecter ses horaires de travail, mais il semble évident qu'il ne peut pas avoir un taux d'occupation supérieur à 50 %, quand il veut arrêter de travailler, il arrête. Il y a quelques années la situation est devenue extrême avec une présence quelques heures par semaine, il a été contraint de quitter l'entreprise et chercher un autre emploi. Toutes les tentatives auprès d'autres institutions n'ont pas dépassé le stade de la journée d'essai. A_____ ne gère absolument pas le stress, ça le paralyse et il n'arrive plus à avancer, il est dépassé, s'arrête et part. C'est pour ça qu'il ne travaille plus les week-ends et pendant les périodes de fêtes ».

11. Le 8 octobre 2013, le Dr E_____ a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) qu'il ne soignait plus l'assuré et qu'une expertise lui semblait indiquée.

12. A la demande de la ZURICH, le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 8 novembre 2013 un rapport d'expertise, fondé sur un entretien du 7 novembre 2013. Le rapport est co-signé par Mme G_____, psychologue FSP.

L'assuré avait travaillé comme pâtissier dans différentes sociétés avant de connaître une période de chômage de 2009 à 2010 et depuis 2010 auprès de la pâtisserie C_____. L'assuré avait présenté, suite à une séparation conjugale, des symptômes dépressifs réactionnels et une consommation éthylique excessive, entraînant une incapacité de travail de 50 % depuis le 14 janvier 2013. Selon la prise de sang, la compliance médicamenteuse était nulle. L'assuré se plaignait d'être harcelé par son employeur, de tristesse, de trouble de la concentration et d'angoisses, d'anxiété, de manque de confiance, de troubles du sommeil avec réveils nocturnes, de perte de poids. Selon les tests effectués, l'assuré avait de bonnes capacités intellectuelles, attentionnelles et de concentration. La dépendance éthylique était épisodique. L'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec syndrome de dépendance, en utilisation épisodique (F10.26).
- Episode dépressif récurrent moyen, actuellement en rémission partielle. Actuellement la symptomatologie dépressive était légère (F33.0).

Et sans répercussion sur la capacité de travail :

- Difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56).
- Accentuation de certains traits de personnalité. Traits de personnalité paranoïaque, actuellement non décompensés (Z73.1).
- Antécédents de dépendance au cannabis, actuellement abstinent.

Il s'agissait d'une dépendance éthylique primaire qui avait précédé et favorisé l'épisode dépressif. Il n'y avait pas de symptôme de la lignée psychotique, mais des traits de personnalité paranoïaque non décompensés et un épisode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle, aggravé par une dépendance éthylique primaire et l'absence de traitement ; la symptomatologie dépressive était actuellement légère. Il n'y avait pas de trouble bipolaire. La capacité de travail était de 50 % jusqu'au 30 novembre 2013 et de 100 % dès le 1^{er} décembre 2013, moyennant un traitement antidépresseur et une abstinence éthylique, lesquels étaient exigibles. En cas de décompensation des traits de personnalité paranoïaque, une hospitalisation devrait être envisagée. L'expert restait à la disposition de la médecin-traitante pour discuter du cas.

13. Le 2 décembre 2013, la Dresse H_____ du SMR a estimé que les conclusions du Dr

F_____ pouvaient être suivies.![endif]>![if> 14. Par projet de décision du 9 décembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail de l'assuré était totale depuis le 1^{er} décembre 2013.![endif]>![if> 15. Par décision du 3 février 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.![endif]>![if> 16. Le 26 février 2014, l'assuré a contesté cette décision auprès de l'OAI en relevant qu'en dehors de la pâtisserie C_____ pour laquelle il travaillait peu d'heures par mois (relations familiales), il ne pouvait garder aucun travail en raison d'une suite de déprimés, de difficultés à se concentrer, d'idées suicidaires, de grande nervosité, d'excitation avec agressivité ; il buvait de l'alcool pour s'encourager ; il ne pouvait s'adapter à des collègues de travail et cela finissait parfois en bagarre.![endif]>![if> 17. Ce courrier a été transmis à la chambre des assurances sociales le 4 mars 2014 et un recours a été enregistré le 6 mars 2014.![endif]>![if> 18. Le 3 avril 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le rapport du Dr F_____ était probant.![endif]>![if> 19. Convoqué à une audience de comparution personnelle des parties le 26 mai 2014, l'assuré ne s'est pas présenté. Sa mère, Madame I_____, a excusé son absence et transmis le même jour un certificat de la Dresse D_____ du 24 mai 2014 attestant d'une incapacité totale de travailler de l'assuré du 24 au 28 mai 2014.![endif]>![if> 20. Le 12 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier à la Dresse J_____, psychiatre psychothérapeute FMH, une expertise et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'experte ainsi que sur la mission d'expertise.![endif]>![if> 21. Le 25 septembre 2014, l'OAI a transmis un avis du SMR du 24 septembre 2014 selon lequel il conviendrait d'ajouter deux questions à la mission d'expertise.![endif]>![if> 22. L'assuré n'a pas fait d'observations.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).![endif]>![if> En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du nouveau droit, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur

pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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 1^{er} 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.

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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement

psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. 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 déterminé 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_395/2007, op. cit., consid. 2.4). 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).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise

(ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 13. 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). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est

nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). 15. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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. 16. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de

25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 17. En l'espèce, l'expertise du Dr F_____ du 8 novembre 2013 n'emporte pas la conviction. En effet, l'expert estime que le recourant présente une dépendance éthylique primaire qui aurait précédé et favorisé l'épisode dépressif, sans motivation convaincante ; il part du principe que le recourant a travaillé comme pâtissier dans différentes sociétés et, depuis 2010, auprès de la pâtisserie C_____ alors qu'en réalité le recourant a toujours travaillé pour celle-ci (anciennement l'entreprise B_____), laquelle est une entreprise familiale. Comme précisé le 5 septembre 2013 par la pâtisserie C_____, celle-ci emploie le recourant depuis 23 ans et a adapté ses exigences professionnelles aux problèmes psychiques du recourant, lequel est indiqué comme ne gérant pas le stress, gérant mal ses émotions et quittant son lieu de travail dès qu'il le souhaite. L'expert a ainsi mal appréhendé la réalité de la situation professionnelle du recourant en considérant que celui-ci est capable de travailler dans des conditions du marché économique normal alors qu'en réalité il semble bénéficier d'arrangements professionnels du fait qu'il est employé dans l'entreprise de sa famille. Par ailleurs, la Dresse D_____, médecin-traitante du recourant, a attesté d'une maladie bipolaire, une dépression avec connotation paranoïaque, de troubles de la personnalité, de la concentration, du comportement et de la fatigabilité, lesquels étaient incapacitants. Cet avis vient également mettre en doute celui de l'expert F_____.! [endif]>! [if> 18. Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle sera confiée à la Dresse J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.! [endif]>! [if> 19. Conformément à la demande de l'intimé, la mission d'expertise sera complétée par les questions formulées par le SMR.! [endif]>! [if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : 1. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : ! [endif]>! [if> a. Prendre connaissance du dossier de la cause.! [endif]>! [if> b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____.! [endif]>! [if> c. Examiner M. A_____.! [endif]>! [if> d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: ! [endif]>! [if> e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?! [endif]>! [if> f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?! [endif]>! [if> g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics) ?! [endif]>! [if> h. Depuis quelle date chaque diagnostic est-il présent chez M. A_____ ?! [endif]>! [if> i. Quel traitement est-il indiqué ? M. A_____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? Un traitement est-il exigible ? Si oui, lequel ? ! [endif]>! [if> j.

Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

k. M. A_____ présente-t-il une incapacité de travail ? Si oui, dans quelle mesure et depuis quelle date ?

l. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui :

1) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale de M. A_____ ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ? 2) Cette dépendance résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure, 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ?

m. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il en faisant preuve de bonne volonté exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

n. Êtes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du Dr F_____ (expertise du 8 novembre 2013) ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de 50% jusqu'au 30 novembre 2013 et de 100% dès le 1^{er} décembre 2013 ? Si non, pour quels motifs ?

o. Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dresse D_____ (dont avis du 29 août 2013) ? En particulier avec l'estimation d'une réelle capacité de travail de 30% ? Si non, pour quels motifs ?

p. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez donnée à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 3 février 2014 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?

q. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière : Alicia PERRONE
La présidente : Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le