

## **GE\_GERICHTE A/946/2012 vom 14. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_946\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_946_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/946/2012 du 14 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE A/946/2012 del 14 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur T \_\_\_\_\_, domicilié à DARDAGNY Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT Monsieur T \_\_\_\_\_, né en 1965 (ci-après l'assuré ou le recourant), titulaire d'un CFC de photographe, a obtenu un brevet de plongée en 1990, un brevet de sauvetage en 1991, un brevet de professeur de natation en 1995 et un brevet de PADI/Divemaster en 1998. Il a exercé diverses activités temporaires depuis 2003, notamment en tant que gardien de piscine ou en lien avec le sport et la plongée sous-marine. Il a été dans l'incapacité totale de travailler du 15 novembre 2005 au 31 décembre 2006, puis a présenté une capacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2007. Il a travaillé en dernier lieu en qualité de gardien de bains pour X \_\_\_\_\_, du 21 mai 2008 au 21 septembre 2008 à 100%. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en date du 26 novembre 2010, indiquant souffrir de dépression. Dans un rapport du 26 janvier 2011, la Dresse A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré depuis le mois de mars 2004, a indiqué qu'il souffrait de dépendance aux opiacés substitués par Méthadone (F11.22) depuis 1990, d'un trouble dépressif majeur récurrent (F33.2) et d'une personnalité borderline (F60.31) depuis 2003. Les symptômes consistaient alors en du désespoir et de l'anxiété, des difficultés à agir et à réaliser les projets qu'il faisait, une instabilité de l'humeur et des troubles relationnels. Elle a expliqué que le patient avait commencé à consommer de l'héroïne vers 20 ans et qu'il était devenu dépendant vers l'âge de 34-35 ans. Il avait été suivi par la consultation d'addictologie, puis par le Dr B \_\_\_\_\_ de 1995 à 2004, date du transfert de la cure chez elle. Le patient avait également été suivi par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en 2009 et 2010. Un essai de cure au Subutex en 2004 n'avait pas eu de succès et l'assuré avait fait de nombreuses rechutes avec consommation d'héroïne. Il avait tendance à abuser également de benzodiazépines et d'alcool par période. Le patient avait décrit une première dépression à l'adolescence, une seconde lorsqu'il était suivi par le Dr B \_\_\_\_\_, puis une troisième suite au décès de son père en 2003. Par la suite, persistait un état dépressif sévère fluctuant traité avec peu de succès par différents antidépresseurs. L'assuré était sous traitement de substitution à la méthadone et en incapacité totale de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Selon elle, des mesures de réadaptation professionnelle pourraient stabiliser la dépression chronique du recourant. La praticienne a en outre indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 18 au 29 novembre 2005 et a transmis à l'OAI un rapport du 16 décembre 2005 de la Clinique genevoise de Montana, lequel mentionnait, comme diagnostic principal, une rééducation après abus de drogues et, comme comorbidités, des dépendances aux opiacés substitués par Méthadone, à l'alcool (abstinence en milieu protégé), aux benzodiazépines, ainsi qu'une surcharge pondérale et un tabagisme chronique.

Le Dr C \_\_\_\_\_ a établi un rapport en date 31 mars 2011. Il a diagnostiqué, comme causes de l'incapacité de travail, un trouble dépressif récurrent (F33), un trouble de la personnalité, anxieuse et immature (F60.8), une dépendance aux opiacés, actuellement abstinent sous substitution (F11.22), une dépendance au cannabis, consommation épisodique (F12.26) et une dépendance à l'alcool, épisodique (F10.26). Selon le médecin, les premiers signes de dysfonctionnement liés à des symptômes dépressifs et à un trouble de l'adaptation ou de la personnalité se sont manifestés vers l'âge de 13-14 ans et l'assuré a effectué ses premières tentatives d'automédication par des substances telles que des benzodiazépines pour étouffer ses émotions, dès l'âge de 15 ans. Il a indiqué suivre l'assuré depuis le 27 février 2009 et précisé que son patient avait également été soigné en consultation d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et de la fondation Phénix, ainsi que par d'autres médecins psychiatres privés. L'assuré lui avait été adressé par son médecin traitant, environ un mois après le décès de sa mère. Il présentait une symptomatologie dépressive récurrente, depuis l'adolescence, entraînant une anxiété et une démotivation marquées, une forte tendance à la procrastination, avec des consommations consécutives de toxiques, principalement de l'héroïne, et une difficulté majeure à mener à terme une tâche, que ce soit dans la vie quotidienne ou professionnelle, amenant à une perte de l'activité professionnelle puis, actuellement, à une incapacité à reprendre et conserver un travail. Au cours de son suivi, le praticien avait pu constater plusieurs épisodes dépressifs d'intensité légère à sévère probablement renforcés par un fort sentiment de vulnérabilité, une grande carence de l'affect et dans ses capacités de gestion émotionnelle, des sentiments d'échec et de culpabilité, une difficulté relationnelle avec des mouvements de retrait, d'isolement et des envies suicidaires. Même en dehors de consommations importantes, la symptomatologie dépressive et anxieuse persistait, la labilité émotionnelle semblait même parfois se péjorer. Sur le plan psychothérapeutique, le travail s'avérait difficile avec un patient assez déstructuré, souvent démotivé avec une perte d'espoir, et procrastinant. A l'examen clinique du 31 mars 2011, le médecin a constaté une symptomatologie dépressive légère avec tristesse, perte d'espoir, anhédonie modérée et fatigue. Au vu de l'évolution longue et chronique de l'état de santé psychique de l'assuré, le pronostic était mauvais quant à une résolution complète et rapide de ses troubles. Toutefois, on pouvait espérer une amélioration des capacités relationnelles et émotionnelles permettant d'envisager, à terme, une amélioration de la capacité de travail. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 27 février 2009. L'OAI a ordonné une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 17 novembre 2011, l'expert a diagnostiqué, sur le plan psychiatrique, une éventuelle légère dysthymie, une dépendance à l'héroïne (actuellement abstinence sous traitement substitutif à la Méthadone), des abus occasionnels d'alcool (actuellement bien contrôlés), une consommation occasionnelle de cannabis, une consommation occasionnelle de cocaïne (abstinent depuis plusieurs années), une personnalité état limite avec des éléments d'immaturité et un isolement psychosocial et professionnel. Il a relevé avoir eu un entretien avec l'assuré le 20 septembre 2011 et lui avoir fait passer des tests psychométriques. A l'anamnèse, l'assuré a découvert l'héroïne dans un contexte festif, d'abord sous forme de fumée, à l'âge de 17-18 ans, puis a commencé les injections dont il est rapidement devenu dépendant, vers l'âge de 21-22 ans. Il a tenté plusieurs sevrages, sans grand succès, tolérant mal le cadre trop strict des institutions qui lui ont été proposées. Depuis plus de vingt ans, il était sous traitement de substitution à la Méthadone, soutenu pour l'essentiel par son médecin de famille. Il a séjourné du 18 au 29 novembre 2005 à la

Clinique genevoise de Montana. Durant quelques années, l'assuré a également consommé un peu de cocaïne, mais cette substance ne lui convenait pas car il se sentait trop tendu et excité. Les problèmes d'alcool, tout comme la consommation de tranquillisants, n'ont jamais été très importants, sauf durant de brèves périodes. L'assuré a déclaré avoir toujours été relativement instable et avoir de la peine à se fixer, tant dans sa vie sentimentale que professionnelle. Il s'est montré relativement peu clair quant à ses attentes vis-à-vis de l'assurance-invalidité et a déclaré en substance souhaiter une formation professionnelle. S'agissant des constatations objectives, l'assuré a réalisé des tests psychométriques, desquels il est ressorti une très mauvaise concordance entre l'examen clinique et les tests d'hétéro- et auto-évaluation, tous massivement surcotés. L'expert a précisé à cet égard que ce type de profil, chez un sujet d'intelligence normale et francophone, se retrouvait souvent chez les sujets qui avaient tendance à majorer ou amplifier leurs difficultés, ce qui expliquait une éventuelle discordance d'appréciation entre le médecin traitant et l'expert. Selon ce dernier, l'examen neuropsychologique grossier était dans les normes, il n'y avait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire ou de la fixation et les jugements et raisonnement de l'assuré étaient conservés. Il n'y avait pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, d'une aboulie ou d'un apragmatisme. Du point de vue anxieux, il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique, l'assuré ne souffrait pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale ou d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y avait pas non plus d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique et l'assuré ne présentait pas de troubles alimentaires, ni de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. D'après l'expert, il apparaissait ainsi comme un sujet assez autocentré, très immature, volontiers complaisant avec lui-même et sans grandes ambitions dans l'existence. Il n'assumait guère les responsabilités, semblait se satisfaire d'une certaine oisiveté et avoir une perception probablement excessive de son potentiel effectif par rapport à ses réalisations et être assez impulsif. En outre, il gérait mal ses émotions et tolérait difficilement un cadre trop strict, les conflits ou l'autorité. Son identité paraissait relativement peu construite et il semblait incapable d'établir des liens affectifs profonds sur la durée. L'expert a indiqué que l'assuré avait un fonctionnement que l'on pouvait appeler du registre limite de la personnalité, où prédominaient une absence de consistance et des difficultés à gérer ses émotions. Il a fait état d'épisodes dépressifs réactionnels de l'assuré lors de situations de perte ou d'abandon, comme le décès de son père en 2003 puis celui de sa mère en 2009. L'expert a conclu que, d'un point de vue psychopathologique, l'assuré ne présentait pas véritablement une pathologie dépressive manifeste. Il se caractérisait surtout par une certaine oisiveté, un manque de motivation et un comportement volontiers autocentré et plaintif. Il pouvait paraître parfois légèrement manipulateur. Il ne semblait guère exprimer de motivation à devenir abstinent quant à la consommation d'héroïne, d'alcool ou de benzodiazépines qu'il gérait au gré de ses besoins, parfois par simple facilité. Les troubles émotionnels étaient en grande partie secondaires à la consommation chronique et à l'abus de substances. L'expert a retenu une polytoxicomanie primaire chez un sujet qui présentait une immaturité et un fonctionnement en majeure partie limite de la personnalité. Celui-ci ne valait pas ici pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Selon l'expert, aucun des diagnostics posés n'avait de répercussion sur la capacité de travail. Il a relevé que l'assuré était toujours resté oisif, protégé jusqu'en 2009 par sa mère, qu'il ne paraissait guère désinséré socialement et semblait surtout se satisfaire d'une existence d'oisiveté et de facilité. Son projet de reclassement professionnel paraissait

relativement peu consistant et guère élaboré. Selon l'expert, rien ne s'opposait à ce que l'assuré poursuive, comme à son habitude, de petites activités peu qualifiées au gré des opportunités qu'il allait rencontrer. De son point de vue, la capacité de travail médico-théorique, hormis les épisodes d'éthylisation, était entière dans toute activité, sans diminution de rendement. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel s'il en avait la motivation. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées en l'absence d'un projet élaboré. L'expert a ajouté ne pas avoir de recommandation particulière quant au traitement. La prise en charge médicale était très aléatoire, l'observance au traitement probablement médiocre, l'assuré n'exprimant aucune demande motivée quant à ses problèmes de polytoxicomanie et d'éthylisme. A ce titre, toutes les démarches entreprises n'avaient jamais abouti. Par avis du 13 décembre 2011, le Service médical régional AI (SMR) a conclu, sur la base de l'expertise, que l'assuré présentait une polytoxicomanie primaire, une immaturité et un fonctionnement en partie limite de la personnalité, sans trouble majeur de la personnalité, et une dysthymie, ceci sans répercussion sur sa capacité de travail. Par décision du 27 février 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité, motif pris que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité professionnelle. Par acte du 26 mars 2012, l'assuré interjette recours et conclut à l'obtention de prestations de l'assurance-invalidité, motif pris qu'il est dépressif depuis plus de vingt ans. Il invoque en substance avoir toujours fait le maximum pour travailler, avoir été suivi pendant dix ans par le Dr E\_\_\_\_\_, puis dix autres années par le Dr B\_\_\_\_\_, lesquels lui proposaient de demander une rente, ce qu'il avait toujours refusé. Il a ensuite été suivi par la Dresse A\_\_\_\_\_ qui a pris sa retraite à la fin de l'année 2011. Le recourant explique qu'il vit dans l'appartement de ses parents avec son frère, lequel fait le ménage, lui apporte de l'aide autant qu'il peut, mais ne le supporte plus. Sa situation médicale a régressé à la fin de l'année 2011 et il a été hospitalisé dès le 2 janvier 2012. Il produit un certificat de la Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pharmacologie et toxicologie cliniques, laquelle atteste que l'incapacité de travail est totale depuis le 2 janvier 2012 et ce, probablement jusqu'à la fin du mois de mai 2012. Dans sa réponse du 23 avril 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ qui revêt, d'après lui, pleine valeur probante. Pour le surplus, il soutient que le certificat médical de la Dresse F\_\_\_\_\_ n'est nullement étayé et n'apporte aucune constatation déterminante pour l'évaluation de l'état de santé du recourant. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 11 juillet 2012, le recourant relève qu'il n'est pas d'accord avec le contenu de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ sur plusieurs points. Il soulève que selon l'expert, il irait bien alors que les tests disent le contraire. Par ailleurs, il est étonné de passer une expertise trois ans après le dépôt de sa demande, alors qu'auparavant il souffrait de dépression plus importante. Il est en suivi psychiatrique chez la Dresse G\_\_\_\_\_ et toujours sous traitement antidépresseur. Depuis fin 2008, il souffrait vraiment de dépression, il avait fait toutes les démarches pour déposer une demande de rente AI avec l'aide de l'Hospice général, mais ce dernier l'avait invité à retirer sa demande, dès lors qu'il avait touché un héritage au décès de sa mère. Il demande à ce que l'AI prenne en compte les trois années où il allait vraiment mal, même si aujourd'hui il va mieux. Il précise encore qu'il souffre d'une pancréatite, suite à une intoxication médicamenteuse survenue il y a huit ans à la suite d'une allergie au Lariam, qu'il a failli mourir alors qu'il était à Bangkok et qu'il est sous traitement de Morphine. Il indique faire des recherches d'emploi et travailler de temps en temps dans une école privée, pour dépanner. Le recourant dépose copie d'un rapport de scanner effectué le

17 janvier 2011. Selon la représentante de l'intimé, la demande déposée par le recourant en 2010 est une première demande. Il n'y en a pas eu d'autre auparavant. En date du 31 août 2012, le recourant produit deux certificats médicaux, à savoir: le rapport du 23 juillet 2012 de la Dresse F \_\_\_\_\_ qui atteste suivre le recourant pour une substitution opiacée au long cours. Il est également suivi par la consultation de chirurgie viscérale des HUG pour un épisode aigu survenu le 2 janvier 2012 n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale. Elle précise que le traitement d'anticoagulation, qui représentait dans un premier temps une contre-indication à une activité professionnelle, est actuellement terminé; le rapport du 26 janvier 2012 du Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au service de chirurgie viscérale du département de chirurgie des HUG, lequel atteste que le recourant y a été hospitalisé du 3 au 26 janvier 2012 et que son incapacité de travail est de 100% du 3 janvier au 24 février 2012. Interpellé par la Cour de céans, le département de chirurgie des HUG lui transmet sa lettre de sortie du 2 février 2012. Il en ressort que le Dr H \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic principal de pancréatite aiguë nécrosante d'origine alcoolique, avec comme comorbidité active une polytoxicomanie substituée sous Méthadone. Un tabagisme actif, des troubles dépressifs récurrents et un alcoolisme chronique sont mentionnés comme comorbidités actives. Aucune intervention chirurgicale n'a été pratiquée. Un traitement a été instauré, notamment un traitement anticoagulant prophylactique. Dans un rapport à l'attention du médecin traitant daté du 27 février 2012, le Dr I \_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, relève que la pancréatite aiguë sévère nécrosante d'origine éthylique présente une évolution clinique et symptomatique tout à fait satisfaisante, tout comme l'évolution biologique. Le scanner pratiqué le 23 février 2012 a mis en évidence une diminution de la collection péri-pancréatique, toujours présente avec des coulées, et l'apparition d'un thrombus dans la veine splénique. Le médecin indique avoir expliqué au recourant qu'en aucune façon il devrait reprendre une consommation alcoolique et préconise de refaire un scanner dans six à huit semaines afin de voir si c'est effectivement un pseudo-kyste qui est en train de mûrir ou s'il s'agit d'une autre collection. Si le patient devait présenter une péjoration de son état clinique, cela nécessiterait une nouvelle hospitalisation ou du moins une consultation aux urgences. Un scanner abdominal est pratiqué le 31 mai 2012, duquel il ressort une diminution en taille des collections péri-pancréatiques en regard du corps et de la queue du pancréas. Invité à se déterminer, l'intimé maintient sa position, dans ses observations du 31 octobre 2012, dans la mesure où, selon le service de chirurgie viscérale des HUG, l'évolution de la pancréatite aiguë sévère est tout à fait satisfaisante, ce qui a été confirmé par le dernier examen pratiqué le 31 mai 2012. En date du 17 avril 2013, la Cour de céans communique aux parties le nom de l'expert ainsi que les questions qu'elle a l'intention de lui poser en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. L'intimé indique le 2 mai 2013 ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert, ni de question complémentaire à lui adresser, tout en s'étonnant de la mise en œuvre d'une expertise. Se basant sur l'avis du 1<sup>er</sup> mai 2013 de la Dresse J \_\_\_\_\_, médecin responsable SMR, l'intimé estime en effet que le dossier comporte déjà une expertise pouvant se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le recourant n'a pas réagi. 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<sup>er</sup> 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, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. Aux termes de l'art. 7 al. 1 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, précise que 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. 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que 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 (ATF non publié 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3 ; ATF non publié 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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 (ATF non publié 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3). 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 (ATF non publié 9C\_395/2007, op. cit., consid. 2.4). La question préalable à résoudre avant l'examen d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité est de déterminer si la polytoxicomanie dont souffre le recourant est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante. Pour trancher ce point, il convient de se baser sur les avis médicaux et, par voie de conséquence, d'évaluer en tout premier lieu s'il faut suivre ou non les conclusions de l'expert psychiatre. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (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). 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 (ATF 125 V 351). 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 ; ATF 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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). 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 œuvre 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité, considérant, sur la base du rapport établi le 17 novembre 2011 par le Dr D\_\_\_\_\_, qu'il présentait une capacité de travail entière dans toute activité professionnelle. Force est toutefois de constater que les conclusions de l'expert divergent de celles des Drs A\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, tant sur les diagnostics que sur la capacité de travail, et qu'elles ne sont pas suffisamment motivées. En premier lieu, l'expert ne justifie pas les raisons pour lesquelles il écarte certains diagnostics posés avant lui par d'autres médecins. Il en va ainsi du trouble dépressif récurrent retenu par les Drs A\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. En effet, dans sa synthèse des tests psychométriques, l'expert mentionne que le "Hamilton 17 items" plaide pour une symptomatologie dépressive tout au plus sub-clinique, alors que le "Beck 21" va dans le sens d'une symptomatologie dépressive sévère, tout comme le "facteur dépression du SCL-90R". L'expert fait état d'une mauvaise concordance entre l'examen clinique et les tests d'hétéro- et auto-évaluation, massivement surcotés, et indique que ce type de profil, chez un sujet d'intelligence normale et francophone, se retrouve souvent chez les personnes qui ont tendance à majorer ou amplifier leurs difficultés. Il sous-entend ainsi que le recourant aurait tendance à exagérer ses difficultés, mais ne livre aucun argument concret à cet égard. L'expert aurait dû développer les éléments l'amenant à diagnostiquer une éventuelle légère dysthymie, alors qu'il fait état d'épisodes dépressifs réactionnels et que deux médecins ayant suivi le recourant pendant plusieurs années ont fait état d'un trouble dépressif récurrent. Ses explications, selon lesquelles le recourant ne présente pas véritablement de pathologie dépressive manifeste, mais se caractérise plutôt par une

certaine oisiveté, un manque de motivation et un comportement autocentré et plaintif, n'emportent pas la conviction de la Cour de céans. Il en va de même du diagnostic de personnalité borderline posé par la Dresse A\_\_\_\_\_ et de celui de trouble de la personnalité anxieuse et immature retenu par le Dr C\_\_\_\_\_. L'expert n'explique pas les raisons pour lesquelles il retient une "personnalité état limite avec des éléments d'immaturation" et écarte tout trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Dans sa synthèse des tests psychométriques, il indique que le "Hamilton anxiété" donne un score en faveur d'une anxiété mineure tout au plus, alors que le questionnaire "Spielberger" et le "facteur anxiété du SCL-90R" donnent un facteur "anxiété-état" élevé. L'expert ne donne aucune justification permettant de comprendre pourquoi il a exclu un trouble de la personnalité au profit d'un simple état limite de la personnalité n'ayant pas valeur de maladie. S'agissant du diagnostic de dépendance à l'héroïne (actuellement sous substitution de Méthadone), la Cour de céans relève que l'expert ne livre pas une appréciation globale incluant les causes et les conséquences de ladite dépendance. Il retient que le recourant a découvert l'héroïne dans un cadre festif vers l'âge de 17-18 ans et affirme que ses troubles émotionnels sont en grande partie secondaires à la consommation chronique et à l'abus de substances toxiques. L'expert ne fait toutefois aucune référence à la période précédant la consommation d'héroïne, et en particulier à des troubles dépressifs antérieurs qui l'auraient conduit à consommer des produits toxiques. Il est rappelé à cet égard que le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant avait présenté des symptômes dépressifs et un trouble de l'adaptation ou de la personnalité vers l'âge de 13-14 ans déjà et qu'il avait effectué ses premières tentatives d'automédication par des substances telles que des benzodiazépines pour étouffer ses émotions vers l'âge de 15 ans. La Dresse A\_\_\_\_\_ a également fait état d'une première dépression à l'adolescence. L'expert n'a fait aucun cas de ces faits, pourtant importants, de sorte que ses conclusions ne sauraient être suivies sans autre. Compte tenu de ces importantes divergences ayant trait aux diagnostics, la Cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence de troubles psychiques, notamment sur l'existence d'une atteinte psychiatrique à l'origine ou plutôt consécutive de la dépendance, ni, le cas échéant, sur leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant. S'agissant de la consommation d'alcool du recourant, l'expert indique qu'elle n'a jamais été très importante, hormis pendant de courtes périodes, et retient des abus occasionnels d'alcool bien contrôlés. Il ne donne toutefois aucune information quant à la quantité et à la fréquence de cette consommation, ni n'indique en quoi elle serait contrôlée. La Cour de céans relève qu'il ressort de la lettre de sortie du 2 février 2012 du département de chirurgie des HUG que le recourant a été hospitalisé en raison d'une pancréatite aiguë nécrosante d'origine alcoolique et mentionne, comme comorbidités inactives, des troubles dépressifs récurrents et un alcoolisme chronique. L'origine éthylique de la pancréatite aiguë est confirmée par le rapport du 27 février 2012 du Dr I\_\_\_\_\_. Le rapport de la Clinique genevoise de Montana fait également mention d'une dépendance à l'alcool. L'avis de l'expert selon lequel la consommation d'alcool ne serait qu'occasionnelle, de faible importance et bien contrôlée, n'emporte ainsi pas la conviction de la Cour de céans. Enfin, selon l'expert, la capacité de travail médico-théorique, hormis les épisodes d'éthylisation, est entière dans toute activité, sans diminution de rendement. Il indique que rien ne s'oppose à ce que le recourant poursuive, comme à son habitude, de petites activités peu qualifiées et qu'il serait capable de s'adapter à son environnement professionnel s'il en avait la motivation, de sorte que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées en l'absence d'un projet élaboré. Les Drs A\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ sont d'un avis

totallement opposé puisqu'ils ont mentionné, en l'état, une incapacité totale de travail. Selon la Dresse A \_\_\_\_\_, le recourant présente des restrictions psychologiques à l'exercice d'une activité professionnelle, restrictions qui se manifestent pas une instabilité, une dépression et des conflits. Elle préconise la reprise d'un traitement psychiatrique et est d'avis que des mesures de réadaptation professionnelle pourraient engendrer une stabilisation de la dépression chronique du recourant. Le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant n'avait plus eu d'activité professionnelle depuis plusieurs années, mais qu'il pourrait améliorer ses capacités. Selon lui, on pouvait espérer une amélioration des capacités relationnelles et émotionnelles du recourant, permettant ainsi d'envisager à terme une amélioration de sa capacité de travail, même si le pronostic était difficile. Par conséquent, la Cour de céans n'est en l'état pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise est insuffisamment motivé sur de nombreux points et que les investigations de l'expert ne sont pas suffisamment complètes ou étayées pour qu'on puisse considérer ses conclusions comme convaincantes. Bien que les résultats des tests psychométriques soient contradictoires, l'expert n'a pas expliqué pour quelles raisons il a écarté les résultats de certains tests, et notamment pourquoi il n'a pas retenu une symptomatologie dépressive sévère, une anxiété élevée ou encore des traits paranoïaques et des traits psychotiques. En outre, dans la mesure où ses conclusions divergent notablement de celles des médecins traitants, que ce soit sur les diagnostics ou sur la capacité de travail, l'expert aurait dû, à tout le moins, s'entretenir avec eux afin de livrer des conclusions motivées et convaincantes. A titre d'exemple, le trouble dépressif diagnostiqué par les médecins traitants est récurrent, de sorte qu'il est possible que l'expert ait examiné le recourant à un moment de rémission partielle. En outre, les médecins traitants ont affirmé que le recourant avait présenté un trouble dépressif à l'adolescence, soit avant toute consommation d'héroïne. Il s'agit d'un élément objectivement vérifiable, qui semble avoir été écarté par l'expert sans aucune explication. Au vu de tout ce qui précède, on ne saurait attribuer une valeur probante à son rapport d'expertise. Concernant les rapports des médecins traitants, la Cour de céans relève que, bien que ces derniers s'accordent sur la totale incapacité de travail actuelle et sur l'existence d'une trouble dépressif récurrent, ils divergent eux aussi sur de nombreux points. Ainsi, la Dresse A \_\_\_\_\_ qualifie le trouble dépressif récurrent de majeur et diagnostique un trouble de la personnalité borderline (F60.31). Elle indique que le recourant serait devenu dépendant à l'héroïne vers l'âge de 34-35 ans et ne précise pas l'origine de cette dépendance. Quant au Dr C \_\_\_\_\_, il qualifie le trouble dépressif récurrent de léger à moyen et diagnostique en sus un trouble de la personnalité anxieuse et immature (F60.8). Il indique que des symptômes dépressifs et un trouble de l'adaptation ou de la personnalité étaient antérieurs aux premières prises de substances toxiques, mais ne se prononce pas non plus expressément sur l'origine de la toxicomanie. Par conséquent, la Cour de céans ne saurait attribuer une pleine valeur probante aux rapports des médecins traitants du recourant. En conséquence, 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. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise psychiatrique judiciaire de Monsieur T \_\_\_\_\_. Commet à ces fins le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Cabinet médical à Lausanne. Dit que la mission d'expertise est la suivante : prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure ; prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré : examiner et entendre l'assuré,

après s'être entourés de tous les éléments utiles, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; si nécessaire, ordonner d'autres examens ; Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : Anamnèse détaillée du cas (familiale, sociale, professionnelle). Plaintes et données subjectives du recourant. Constatations objectives, status clinique. Diagnostic(s) selon la classification internationale (CIM-10). En cas de troubles psychiques, veuillez indiquer depuis quand ils sont présents. Indiquer quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave)? Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie au sens de la CIM-10 ? veuillez expliquer. Quelle sont vos constatations objectives et comment le status psychique a-t-il évolué? Le recourant présente-t-il une atteinte à la santé psychique, mentale ou physique à l'origine de sa toxicomanie et/ou de son alcoolisme qui a valeur de maladie? Veuillez expliquer. Le recourant présente-t-il une atteinte à la santé séquellaire à sa toxicomanie et/ou à son alcoolisme? Si oui, laquelle/lesquelles ? Le recourant suit-il un traitement adéquat? Si non, quel traitement est indiqué? Des améliorations à court, moyen ou long terme sont-elles envisageables? Le recourant consomme-t-il encore des produits toxiques ? si non, depuis quelle date ? Quelles sont les limitations de la capacité de travail (qualitatives et quantitatives) aux plans psychique, mental et social en relation avec les troubles constatés? Quand est survenue l'éventuelle incapacité de travail durable? Une activité lucrative est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant? Si oui, laquelle et dans quel type d'activité ? A quel taux? Depuis quelle date? Pourrait-il exercer une activité continue? Le recourant présente-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure (en pourcent) ? Quel est le pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Si oui, lesquelles ? sont-elles raisonnablement exigibles du recourant ? Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. Appréciation du cas et pronostic global. Au cas où vos conclusions s'écarteraient de celles de l'expert, le Dr D\_\_\_\_\_, en particulier sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, veuillez en expliquer les raisons et motiver votre réponse. Au cas où vos conclusions s'écarteraient de celles du Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et de la Dresse A\_\_\_\_\_, notamment sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, veuillez en expliquer les raisons et motiver votre réponse. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond. La greffière Isabelle CASTILLO La Présidente Juliana BALDE 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.