

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1466/2013

ATAS/812/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 27 juin 2014**

**2ème Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHENE-BOURG, comparant avec      recourant  
élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN  
Monique

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE      intimé  
GENEVE, sis Service juridique, rue des Gares 12, GENEVE

---

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente.**

---

**Attendu en fait** que :

Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1957, originaire du Portugal, est arrivé en Suisse en 1982;

Qu'il est marié et père d'une fille née en 1989 et qu'il a acquis la nationalité suisse en 2008 ;

Que l'assuré a travaillé en qualité d'aide-maçon pour une entreprise de construction d'août 1982 à octobre 2008 et dans le nettoyage dès 1995, puis après une période de chômage, auprès de diverses entreprises du bâtiment à titre temporaire;

Qu'il a été totalement incapable de travailler dès le mois de décembre 2009 ;

Qu'il a déposé une demande de prestations d'invalidité le 7 septembre 2010, en raison de hernies discales et d'autres troubles rhumatologiques ;

Que selon le rapport du 5 décembre 2011 de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué le 31 octobre 2011 au SMR par les Drs B\_\_\_\_\_, médecin rhumatologue et C\_\_\_\_\_, psychiatre, l'assuré souffre de lombalgies et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, d'un syndrome rotulien bilatéral, d'une coxarthrose bilatérale débutante, d'une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine éthylique et d'aucun trouble sur le plan psychiatrique, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool étant classés dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ;

Qu'il ne présenterait aucune incapacité de travail sur le plan psychique. Une dépendance à l'alcool primaire était retenue, sans aucune séquelle cognitive sévère. Un sevrage en milieu fermé était exigible, avec un examen neuropsychologique trois mois après le sevrage, afin de constater l'éventualité de séquelles;

Qu'un taux d'invalidité de 30,3% a été retenu ;

Que selon le rapport de réadaptation professionnelle du 28 juin 2012, aucune mesure professionnelle n'était indiquée, en raison d'une rechute de consommation d'alcool, qui condamne à l'échec toute mesure professionnelle ;

Que par décision du 21 mars 2013, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré au motif que la dépendance à l'alcool dont il souffre serait primaire ;

Que l'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 6 mai 2013, en concluant à l'annulation de la décision ainsi qu'à ce qu'une expertise soit ordonnée ;

Que dans sa réponse du 5 juin 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours ;

Que selon le rapport médical des HUG du 12 septembre 2013, si la dépendance à l'alcool avait débuté à l'âge de 12 ans, sans être la conséquence d'une atteinte

psychique, les évènements de vie douloureux avaient contribué à l'état dépressif, facteur d'entretien de la consommation excessive d'alcool ;

Que l'abstinence avait contribué à l'amendement des idéations suicidaires, sans autre amélioration sur le plan thymique et que le trouble anxiodépressif était aggravé par la prise d'alcool, sans être uniquement provoqué par l'alcool, mais sans toutefois être totalement indépendant de cette consommation ;

Que la capacité de travail de l'assuré était réduite sur le plan de l'élaboration cognitive, de la mémoire, des fonctions exécutives, de la capacité à gérer le stress et la frustration, avec un ralentissement psychomoteur dont une part non négligeable était attribuée à l'alcool, seule une activité en-dehors du marché primaire étant éventuellement envisageable ;

Que l'OAI a estimé qu'une instruction complémentaire psychiatrique et neuropsychologique, voire neurologique était nécessaire, l'assuré persistant à solliciter une expertise psychiatrique ;

Que la Chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 12 juin 2014, de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation ;

Que les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation des experts, le recourant par pli du 17 juin 2014 et l'intimé par pli du 23 juin 2013 ; que le recourant a précisé qu'il était nécessaire qu'il soit assisté d'un interprète portugais ;

**Attendu en droit** que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ;

Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

Que la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations à résoudre est de savoir si l'alcoolisme de l'assuré est primaire ou secondaire à une affection psychiatrique, le cas échéant si elle a causé une maladie invalidante, afin de déterminer si l'assuré est atteint d'une ou plusieurs affections invalidantes au sens de la jurisprudence ;

Qu'à teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité

lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). 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 déterminé 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).

Que 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).

Qu'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). Que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Qu'il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier ;

Qu'en particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3) ;

Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social si les conditions de la jurisprudence sont réalisées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2; arrêts 9C\_801/2013 du 28 octobre 2013 et 9C\_381/2013 du 11 novembre 2013) ;

Qu'il convient en l'espèce d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée au Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre et Madame E\_\_\_\_\_, neuropsychologue ;

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise neuropsychologique et psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, de le soumettre à des tests neuropsychologiques, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives du point de vue psychiatrique et neuropsychologique.
  4. Diagnostic(s) psychiatriques et neurologiques, avec code CIM-10.
  5. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) Le recourant souffre-t-il de troubles psychiques? Depuis quand?
    - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
    - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon la CIM-10 ?
    - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic et globalement?
  6. S'agissant de la consommation d'alcool, répondre aux questions suivantes:
    - a) L'assuré consomme-t-il de l'alcool excessivement? Si oui, depuis quand? Le cas échéant, cette consommation a-t-elle eu des répercussions sur sa capacité de travail et depuis quand?
    - b) L'assuré présente-t-il une dépendance à l'alcool? (rappeler le diagnostic retenu à cet égard). Si oui, depuis quand?

- c) Cette dépendance est-elle la conséquence d'une atteinte psychique qui a valeur de maladie et, dans l'affirmative, laquelle ?
  - d) L'alcoolisme a-t-il provoqué une atteinte à la santé psychique et/ou physique qui, en elle-même, a des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré et dans l'affirmative, laquelle?
  - e) Les atteintes neuropsychologiques qui ont été constatées, le cas échéant, sont-elles des séquelles de la consommation d'alcool?
  - f) Dans ce cas, une amélioration est-elle probable si l'abstinence est durable ou, à l'inverse, les éventuelles séquelles sont-elles irréversibles?
  - g) L'assuré a-t-il été en mesure de s'abstenir de consommation d'alcool depuis 2008? A quelles périodes? Est-il toujours abstinent?
  - h) Dans la négative, pourquoi ?
  - i) Dans l'affirmative, l'abstinence a-t-elle permis d'amender tous les signes et les symptômes psychiatriques constatés?
  - j) En d'autres termes, les éventuels troubles psychiatriques constatés sont-ils induits par la prise d'alcool ?
  - k) A l'inverse, les troubles sont-ils – totalement ou en partie - indépendants de la prise d'alcool?
  - l) Est-il exigible de l'assuré qu'il s'abstienne de consommer de l'alcool, en-dehors des périodes d'hospitalisation ?
  - m) Dans la négative, pourquoi ?
7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
9. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis 2008.
10. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.

11. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  12. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
  13. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
  14. Commenter et discuter les avis médicaux, d'une part, ceux du Dr C\_\_\_\_\_, d'autre part, ceux de la Dresse F\_\_\_\_\_, sur la question des diagnostics, du caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme, des atteintes neurologiques, des limitations et de la capacité de travail du recourant.
  15. Formuler un pronostic global.
  16. Toute remarque utile et proposition des experts.
3. Commet à ces fins le Dr D\_\_\_\_\_ et Mme E\_\_\_\_\_ ;
  4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
  5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
  6. Réserve le fond ;

La greffière

La Présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le