

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3069/2013

ATAS/843/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 juillet 2014

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à AÏRE comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pietro RIGAMONTI recourant

contre

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

Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1957, a travaillé en tant qu'enseignant de janvier 1985 à 2006. Il a réalisé à ce titre un revenu annuel de CHF 139'843.- en 2006 selon l'extrait de son compte individuel AVS.
2. Le 21 août 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en invoquant une dépression depuis 4 ans, provoquée par la durée de sa procédure de divorce. Il a précisé que son employeur l'avait invité à déposer cette demande mais qu'il allait mieux et reprendrait l'enseignement la semaine suivante.
3. Dans un rapport du 21 septembre 2007, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un état dépressif. L'assuré avait rencontré des problèmes conjugaux. Son divorce n'était pas encore résolu. Il y avait une période d'alcoolisation et un état dépressif majeur. L'activité actuelle était encore exigible à mi-temps mais le rendement était en amélioration.
4. Selon le rapport de l'employeur du 7 décembre 2007, l'assuré avait été en incapacité de travail à 100 % du 4 avril au 15 juin 2005, du 19 septembre 2005 au 22 janvier 2006, à 50 % du 23 janvier au 16 juin 2006, à 100 % du 14 novembre 2006 au 31 août 2007 et à 50 % du 1^{er} septembre 2007 au 29 novembre 2007.
5. Dans un rapport du 7 janvier 2008, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité (F 61.0) sous forme d'une personnalité évitante (F 60.6), anxieuse, émotionnellement instable de type *borderline* (F 60.31), auxquels venait s'ajouter un état dépressif sans syndrome somatique d'intensité majeure (F 323.30 [*sic*]), accompagné d'un état d'anxiété généralisé (F 41). L'assuré se plaignait de troubles du sommeil très importants, d'anhédonie, d'un sentiment d'à quoi bon et d'un vide. Il pleurait facilement en racontant sa situation et sa solitude. La seule chose qu'il avait réussi à sauver était son travail, qui lui tenait très à cœur. Il avait par moments des idées suicidaires. Dans son rapport annexé, le médecin a indiqué qu'elle avait pratiqué un test neuropsychologique qui avait mis en évidence un trouble de l'humeur avec un état dépressif majeur sévère et un trouble anxieux, mais en aucun cas une incapacité pour obtenir une rente d'invalidité. La baisse de la concentration et l'anxiété avaient un impact sur la concentration et la performance en classe lors de l'enseignement. Dans le passé, l'assuré avait connu une diminution de rendement, qui avait cependant disparu. Une évaluation professionnelle serait peut-être nécessaire. La capacité de travail pouvait être améliorée en laissant l'assuré suivre son rythme tranquillement et en mettant en place un emploi du temps progressif selon les améliorations. Une activité dans l'enseignement était envisageable et

exigible à 100%. Il faudrait être attentif à une certaine irrégularité des performances en raison du trouble de l'humeur qui pouvait avoir un effet sur le rendement.

6. Dans son avis du 22 février 2008, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que l'assuré avait connu un état dépressif réactionnel sévère qui n'entraînait pas d'incapacité selon son psychiatre traitant.
7. Par décision du 29 février 2008, l'OAI a rejeté la demande, considérant que l'assuré ne présentait pas de pathologie invalidante de longue durée au plan somatique ou psychiatrique, ni d'incapacité de travail.
8. Le 24 janvier 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant qu'il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 13 janvier 2010 après avoir été occupé « en dents de scie » de 2005 à 2009.
9. Dans son rapport du 19 avril 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et d'une incapacité de travail totale depuis le 14 janvier 2010. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), de trouble mixte de la personnalité (anxieuse, évitante) (F 61) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type *borderline* (F 60.31). L'assuré présentait une baisse de l'élan vital, des idées de culpabilité, d'incapacité, un sentiment de vide et une anxiété fluctuante. Le pronostic était réservé, l'assuré se désorganisant de manière importante lors de stress, particulièrement dans les contacts extérieurs.
10. Dans un avis du 8 juin 2011, le docteur F_____, médecin auprès du SMR, a relevé que les diagnostics ne s'étaient pas modifiés depuis la dernière procédure et les éléments cliniques présentés étaient insuffisants. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr D_____ du 22 février 2008.
11. Par décision du 23 juin 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, motif pris que la situation médicale de l'assuré ne s'était pas modifiée et qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. Sa capacité de travail était considérée comme entière dans toute activité depuis toujours.
12. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a procédé à l'audition des parties le 14 septembre 2011.

Le recourant a répété qu'il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 14 janvier 2010, alors qu'il avait pu reprendre auparavant son activité d'enseignant à 100 %. Il a expliqué que son directeur l'avait à l'époque obligé à déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité. De son côté, il avait tout fait pour ne pas émarger à cette assurance. Il avait repris son travail, mais la situation avait changé et d'autres événements expliquaient sa rechute.

La représentante de l'OAI a indiqué que de son point de vue, la décision rendue aurait dû être un refus d'entrée en matière.

13. Par arrêt du 28 septembre 2011 (ATAS/895/2011), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en substance retenu que l'état psychique de l'assuré avait des répercussions sur sa capacité de travail depuis le début de l'année 2010, alors que la Dresse C_____ indiquait en janvier 2008 que la capacité de travail était entière. Il y avait ainsi lieu de procéder à une instruction complémentaire sur l'incidence des troubles psychiques.
14. Dans son questionnaire du 15 décembre 2011, l'employeur de l'assuré a signalé que ce dernier avait été en incapacité de travail pour maladie du 11 janvier 2010 au 31 août 2011.
15. Dans son rapport du 30 janvier 2012, le Dr E_____ a repris les diagnostics posés le 19 avril 2011 et confirmé l'incapacité de travail totale depuis le 14 janvier 2010, ainsi que les symptômes qu'il avait déjà évoqués. L'assuré ne pouvait maintenir une activité concentrée au-delà de 45 minutes.
16. L'OAI a confié une expertise au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce dernier a rendu son rapport le 7 mars 2013. Après avoir résumé les éléments du dossier, il a procédé à une anamnèse personnelle et professionnelle. Dans ce cadre, l'expert a notamment relevé s'agissant de la question sur les rapports avec son épouse que l'assuré revenait « sur les mêmes banalités », soit qu'il voulait juste avoir une femme et un enfant et rentrer chez lui en ramenant l'argent, son épouse s'occupant du reste. Il indiquait avoir acheté une maison avec l'aide de ses parents et que son épouse lui aurait finalement tout pris. Tout au plus donnait-il une image dégradante de son épouse.

Interrogé sur son traitement médical, l'assuré avait déclaré prendre du Cymbalta®, avant d'admettre ne plus suivre ce traitement depuis deux à trois semaines lorsque l'expert lui avait annoncé qu'il procéderait à un dosage de ce médicament. L'assuré s'estimait incapable de travailler, même à temps partiel. Il se plaignait d'un manque d'envie, de motivation, de problèmes financiers et de ses échecs à retrouver un emploi. Il se levait vers 6 h 30, regardait un peu la télévision, allait voir ses parents une fois par mois. Il surfait parfois sur internet. Il était difficile de savoir véritablement comment l'assuré occupait ses journées en raison de son manque de collaboration.

Dans le cadre de l'expertise, Madame H_____, psychologue, a fait passer des tests psychométriques à l'assuré. Elle a constaté une mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation. L'échelle de Hamilton révélait une symptomatologie dépressive légère et une anxiété mineure, alors que le questionnaire de Beck révélait une symptomatologie dépressive modérée et que le facteur dépression selon le questionnaire d'auto-évaluation Symptom Checklist SCL-90R était plus fortement pathologique. Le test d'anxiété de Spielberger

montrait des scores en faveur d'une anxiété très élevée et d'une personnalité anxieuse, et ceci en concordance avec le facteur anxiété du SCL90R et le facteur sensibilité interpersonnelle et vulnérabilité. Le test de MAST était positif à 91 % pour l'abus d'alcool ou alcoolisme. Les échelles de Young soulignaient une mauvaise prise de conscience chez un sujet qui tendait à mettre en valeur sa personne comme étant au service des autres, ce qui ne paraissait guère être le cas dans la réalité des faits.

S'agissant des résultats de l'analyse sanguine, l'alcoolémie était de 1.7 pour mille deux heures après l'arrivée de l'assuré. Le taux de gammaglutamyl-transférases (198 UIL) soulignait la dépendance éthylique au long cours.

L'expert a rapporté que l'assuré s'était présenté avec 45 minutes de retard à l'expertise, avec un *fœtor* alcoolique très important. Il avait d'abord minimisé cette problématique, avant d'admettre lors de la prise de sang avoir bu 1.5 litre de bière à 8.2 % d'alcool avant de venir. A la fin du premier entretien, l'assuré était sorti manger. En croisant le psychiatre vers 15 heures, il lui avait spontanément indiqué qu'il avait bu un peu de vin à midi avant de sortir du cabinet, où il avait uriné dans la rue, contre le mur sous la plaque professionnelle de l'expert. Malgré une intelligence normale et un examen neuropsychologique paraissant globalement dans la norme, l'entretien avait été difficile. L'assuré était moyennement collaborant et répondait par des banalités. Il était réticent à donner des informations plus précises. Il répondait à côté, de manière assez répétitive, en se plaçant d'emblée dans une attitude de victime, affirmant vouloir « une vie tranquille », avoir été de manière tout à fait injuste « déçu » par son épouse, avoir subi la malveillance d'un nouveau chef qu'il connaissait depuis 30 ans, qui aurait par la suite tout fait pour qu'il ne retrouve pas un emploi malgré ses recherches depuis 2010. Le tableau clinique était dominé par une symptomatologie psychique atypique et difficilement systématisable. L'assuré affirmait tout au plus « ne pas être bien ». Il se plaignait surtout de « manquer de revenus ». L'expert avait néanmoins appris qu'il bénéficiait d'une avance de sa caisse de pension de CHF 5'000.- par mois mais qu'il ne payait pas la plupart de ses factures – dont les impôts – depuis deux ans, et qu'il était soutenu par ses parents. Malgré tout, l'assuré déclarait ne pas pouvoir s'offrir un café ou une bière dans l'établissement à proximité de son logement. Le sommeil était difficile à apprécier au vu de la collaboration incertaine. Il semblait variable. L'assuré annonçait une humeur un peu fluctuante, parfois un manque d'envie, ce qu'il attribuait encore une fois à ses problèmes financiers. Du point de vue anxieux, il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels qu'ils étaient définis par le DSM-IV, ni pour un état de stress post-traumatique. L'assuré ne souffrait pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang ou d'un trouble obsessionnel compulsif. L'assuré minimisait sa consommation d'alcool, difficile à apprécier mais probablement beaucoup plus importante qu'il ne voulait le dire. Souvent, il prenait une bière le matin, parfois l'apéro, du pastis, du rosé, d'autres bières, du vin rouge.

Il n'y avait pas de tabagisme, ni de prises de substances illicites. L'expert a rapporté l'absence de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. L'expert a ensuite décrit la personnalité de l'assuré comme suit. Ce dernier se montrait facilement manipulateur dans la relation. Il cherchait une forme de compassion de son interlocuteur en évoquant ses problèmes financiers, ses soucis professionnels, avant de parler de sa souffrance elle-même. Il était assez rigide, particulièrement projectif et n'entendait pas se remettre en question. Il se montrait très dénigrant à l'égard de ceux qui l'avaient contrarié et exprimait aussi son agressivité par de très nombreux sous-entendus. La relation à l'autre dénotait un caractère très utilitaire, l'autre ne semblait pas avoir une existence, paraissait être un objet qu'il pouvait utiliser, manipuler au gré de ses besoins et nécessités. Dans ce cas, on parlait de relation dite pré-objectale qui caractérisait le sujet état limite.

Le Dr G_____ a ensuite posé les diagnostics selon le DSM-IV-TR1 de dépendance éthylique, de perturbation des émotions et du comportement liée à la consommation chronique d'alcool, d'état dépressif majeur atypique, de non-observance au traitement de Cymbalta (axe I), de personnalité état limite avec des défenses narcissiques et projectives (axe II), de difficultés professionnelles, financières; autre? (axe IV). Ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Dans la discussion, l'expert a indiqué qu'on pouvait supposer que le rapport de la Dresse C_____ précisant que la capacité de travail de l'assuré était entière n'avait pas été sans incidence sur l'interruption du traitement auprès de cette thérapeute. Volontiers manipulateur, l'assuré tendait à renverser les rôles et attribuait à son ex-employeur sa première demande de prestations invalidité, faisant implicitement comprendre que la deuxième demande émanait de lui et qu'elle devrait donc être réellement prise en compte. Il était étonnant que les rapports médicaux n'évoquent jamais la dépendance éthylique, à l'exception du rapport du Dr B_____, alors que l'assuré affichait tous les stigmates d'un éthylo-tabagisme chronique. L'assuré était manifestement dans le déni sur ce plan. L'état dépressif était très atypique, marqué par une forme de régression. L'assuré était souvent flou, ambivalent, revenait sans cesse à ses besoins financiers. Il existait de nombreuses contradictions à cet égard, qui faisaient suspecter une tendance à la dramatisation et à l'amplification des symptômes. En conséquence, on retenait le diagnostic de perturbation des émotions et des conduites consécutive à la consommation chronique d'alcool et d'état dépressif atypique dont l'incidence sur sa capacité de travail restait tout à fait hypothétique. L'élément essentiel était aussi l'existence d'une personnalité état limite avec des défenses narcissiques et projectives au premier plan.

Dans cette situation, il était délicat de juger de la capacité de travail. Les éléments de manipulation et le caractère utilisateur du recourant expliquaient par avance la discordance d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant, ce dernier faisant par définition le postulat de sincérité de son patient. Le Dr G_____ estimait que la

capacité de travail médico-théorique était entière dans toute activité médico-théorique adaptée à sa motivation et ses compétences. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel s'il en avait la motivation, ce qui restait à démontrer. Il n'y avait pas de diminution de rendement. L'âge et les problèmes économiques semblaient au premier plan pour expliquer la demande. L'expert n'avait guère de recommandations thérapeutiques, si ce n'est la diminution de la consommation d'alcool de l'assuré, celui-ci ne paraissant cependant pas motivé. Un reclassement professionnel n'était pas indiqué et le travail actuel ou toute activité dans la mécanique restait possible. Les limitations étaient les suivantes : troubles de l'attention et de la concentration en grande partie dues à la consommation d'alcool, plaintes somatiques atypiques peu consistantes, symptomatologie dépressive atypique. Il n'y avait pas véritablement d'anhédonie, d'aboulie, d'apragmatisme, mais surtout une forme de régression. Les symptômes psychiques semblaient interférer plus avec les activités déplaisantes qu'avec celles qui procuraient une certaine satisfaction à l'assuré.

17. Par courrier du 11 mars 2013, l'assuré a admis qu'il était arrivé alcoolisé à l'expertise mise sur pied par l'OAI. Il a indiqué qu'il lui arrivait parfois de boire pour se débloquer et parler lors de rendez-vous importants. Il a souligné ses difficultés financières pour le surplus.
18. Dans son avis du 8 avril 2013, la doctoresse I_____, médecin au SMR, a repris les conclusions de l'expert. Elle a noté que la perturbation des émotions et des conduites était consécutive à la consommation chronique d'alcool, que l'on pouvait considérer d'origine primaire. L'utilisation de machines à moteur n'était pas possible en cas d'alcoolémie positive. L'assuré ne présentait pas de pathologie psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail et pouvant motiver une consommation d'alcool chronique. Les troubles de la personnalité ne pouvaient être considérés comme incapacitants car l'assuré avait pu terminer sa formation et travailler durant 25 ans auprès du même employeur. L'abstinence était exigible.
19. Le 19 avril 2013, l'OAI a adressé un projet de décision refusant des prestations à l'assuré, celui-ci ne présentant pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail.
20. Lors d'un entretien avec l'OAI en date du 15 mai 2013, l'assuré a contesté le projet de décision. Il s'estimait atteint dans sa santé.
21. Par certificat du 17 mai 2013, le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 14 janvier 2010.
22. Le 22 mai 2013, l'assuré a fait parvenir à l'OAI des demandes d'emploi infructueuses qu'il avait faites.
23. Le 28 mai 2013, l'assuré a transmis à l'OAI le dossier le concernant établi par la CIA, sa caisse de pension. Il en ressort notamment les éléments suivants :

-
- selon un préavis du 30 novembre 2007 du docteur J_____, médecin-conseil de la CIA, l'assuré remplissait les conditions d'octroi d'une demi-rente d'invalidité ;
 - selon les préavis respectivement datés du 5 avril et du 21 avril 2011 des docteurs K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et L_____, spécialiste FMH en médecine générale, tous deux médecins-conseils de la CIA, l'assuré remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité complète ;
 - l'assuré a bénéficié d'une pension provisoire complète de la caisse de pension depuis le 27 juin 2011 ;
 - dans son certificat du 20 septembre 2011, le Dr E_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il a expliqué le refus de l'OAI par le fait que l'assuré parvient à donner le change sur une courte période mais que la résistance et le rendement sur la durée n'avaient pas été évalués correctement ;
24. Dans son avis du 20 août 2013, la doctoresse M_____, médecin au SMR, a souligné que le rapport du 17 mai 2013 du Dr E_____ n'indiquait pas la cause de l'incapacité de travail attestée. Il n'y avait aucun argument médical en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte. Il s'agissait d'un alcoolisme primaire sans incapacité de travail durable.
25. Par décision du 22 août 2013, l'OAI a confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité en reprenant les termes de son projet. Les nouveaux documents remis par l'assuré dans l'intervalle n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions.
26. Le 21 septembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a affirmé être incapable de travailler, hormis occasionnellement une à deux heures d'enseignement bénévole dans le cadre de l'Université ouvrière de Genève. Il avait également fondé une association, actuellement en péril car il ne parvenait pas à lui consacrer plus de cinq heures par semaines. Ses recherches d'emploi s'étaient soldées par des échecs et sa santé psychique ne s'améliorait pas. La pension provisoire de la CIA ne couvrait pas ses charges. Il considérait la situation injuste car il s'était toujours consacré pleinement à son métier d'enseignant.
27. Dans sa réponse du 13 octobre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que sa décision était fondée sur une expertise psychiatrique fouillée, lors de laquelle le Dr G_____ avait procédé à un examen complet et minutieux, posant des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Elle satisfaisait donc les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et la décision de l'intimé devait être confirmée.
28. Par réplique du 16 décembre 2013, le recourant a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'intimé et à l'octroi de prestations d'invalidité six mois après le dépôt de sa demande, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise dont les frais devaient être mis à la charge de l'intimé. Il a affirmé que
-

certaines éléments rapportés par le Dr G_____, notamment concernant sa formation, étaient incorrects. Cet expert avait d'ailleurs fait l'objet de nombreuses critiques de la part de ses pairs, comme cela ressortait notamment d'un rapport du Conseil d'Etat du canton de Vaud produit à l'appui de l'écriture du recourant. Le SMR avait suivi les conclusions du Dr G_____ sans tenir compte de l'avis du médecin traitant du recourant. Celui-ci contestait la validité de l'expertise, au vu de son taux d'alcoolémie à ce moment. De plus, le diagnostic du Dr G_____ était en contradiction avec l'avis de deux spécialistes qui avaient suivi le recourant sur de longues périodes, la Dresse C_____ et le Dr E_____. Les avis du Dr E_____ étaient très clairs, précis et complets. Ils se fondaient en outre sur une connaissance approfondie du cas. Il n'existait d'ailleurs pas de motif de s'écarter de l'avis circonstancié d'un médecin traitant. La bonne foi du recourant ne pouvait être mise en doute.

Le recourant a produit un rapport du 12 décembre 2013 du Dr E_____. Celui-ci y a indiqué que le rapport du Dr G_____ n'était pas valable car le recourant était trop alcoolisé et les perturbations affectives et mnésiques trop importantes. Il était de plus impossible de déterminer en une seule séance si une personne est alcoolique. Au demeurant, plusieurs entretiens – au moins trois dans les cas simples – étaient nécessaires pour cerner une personnalité. La labilité du trouble émotionnel état limite nécessitait plusieurs entrevues et les tests évaluant la thymie variaient. L'estimation de deux médecins traitants reposant sur une longue période était donc plus fiable qu'un entretien. Le Dr E_____ a relevé que l'analyse du Dr G_____ ne tenait pas compte des connaissances actuelles sur l'état limite. Le recourant était incapable de travailler. Même sous les menaces de poursuite et d'expulsion, il ne parvenait pas à améliorer sa capacité de travail. En outre, la dépendance alcoolique était une maladie addictive. Elle était l'une des causes de la diminution actuelle de la capacité de travail. En cas d'abstinence, il serait possible de l'améliorer mais tel n'était actuellement pas le cas. L'interprétation des symptômes décrivant le recourant comme manipulateur par une personne non spécialisée dans le traitement d'un état limite était typique des symptômes d'un tel trouble. Le Dr E_____ ajoutait que la limitation de la capacité de travail liée à ce trouble de personnalité était de 50 à 100 %. Additionnée à l'âge compte tenu de la rigidité de la personnalité après 45 ans pour ce trouble, l'incapacité de travail était supérieure à 70 %. La non-compliance médicamenteuse était également la conséquence d'un symptôme de l'état limite.

29. Dans sa duplique du 13 février 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé aux conclusions du SMR, dont il a produit les déterminations sur le rapport du Dr E_____.

Dans ce document du 22 janvier 2014, la Dresse M_____ a indiqué au sujet du temps nécessaire aux assurés pour révéler certains éléments que ces derniers connaissaient les enjeux d'une expertise. De plus, l'expert disposait des avis de ses confrères, qui l'aidaient à poser ou à écarter un diagnostic. Il s'agissait en l'espèce

d'un alcoolisme primaire et le recourant ne présentait pas d'atteinte psychique grave et durable ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Il n'y avait pas non plus de séquelles de l'alcoolisme et l'avis divergent du Dr E_____ s'expliquait par le fait que le psychiatre traitant ignorait la jurisprudence en matière d'alcoolisme primaire ou secondaire.

30. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 14 février 2014.
31. Le 16 avril 2014, la Cour de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions qu'elle entendait lui poser.
32. Le 8 mai 2014, l'intimé s'est rallié à l'avis de la Dresse M_____, qu'il a joint à son écriture.

Dans ce document du 22 avril 2014, la Dresse M_____ sollicitait que la Chambre de céans désigne un expert habitué aux questions liées à l'alcoolisme plutôt que le Dr N_____, par exemple le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Elle requérait en outre que l'expert soit interrogé sur le point de savoir si indépendamment de l'alcoolisme, l'assuré aurait présenté une maladie psychiatrique qui aurait conduit à une incapacité de travail durable.

33. Le 9 mai 2014, le recourant a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre du Dr P_____.
34. A la demande de la Chambre de céans, le recourant a précisé le 16 juin 2014 qu'il était d'accord que le Dr O_____ soit désigné en qualité d'expert.

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; RSG 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).
2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir s'il présente une atteinte invalidante d'ordre psychique.
5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à

indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

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

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

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

6. En l'espèce, les rapports du Dr E_____ ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles, puisqu'ils ne contiennent pas tous les éléments nécessaires. On ne peut donc leur reconnaître de pleine valeur probante.

S'agissant de l'expertise réalisée par le Dr G_____, elle appelle les commentaires suivants.

En premier lieu, compte tenu de l'alcoolémie du recourant, on doit se demander – à l'instar du psychiatre traitant – si les observations du Dr G_____ sont suffisamment fiables. Ce médecin a d'ailleurs lui-même relevé plusieurs fois la difficulté à obtenir des informations claires du recourant. Pour ce motif déjà, l'expertise psychiatrique ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

De plus, du point de vue formel, si l'expert a bien pris connaissance du dossier médical du recourant et a établi une anamnèse, l'examen clinique paraît très incomplet. Le Dr G_____ a certes soumis le recourant à des tests psychométriques. Cependant, en matière d'expertise portant sur des troubles psychiatriques, les tests psychologiques ne sont selon une majorité d'auteurs à considérer que comme un complément d'examen clinique (cf. Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques *in* Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss), comme le retient également le Tribunal fédéral (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 145/06 du 6 septembre 2006, consid. 4.2). Les résultats des tests passés par la psychologue sont de plus pour l'essentiel écartés par l'expert, au motif qu'il y aurait une amplification des symptômes, affirmation qui n'est étayée par aucune explication ou exemple. Pour le surplus, le Dr G_____ ne rapporte pas véritablement ses constatations et les éléments objectifs constatés durant son entretien, dont on ignore d'ailleurs la durée. Il paraît avoir consacré une partie importante de cet entretien – et de l'expertise – à élucider la situation financière du recourant, dans une mesure qui dépasse l'intérêt que peut revêtir un tel élément dans l'évaluation de la capacité de gain d'un assuré. S'agissant des diagnostics, ils ne sont pas non plus étayés. L'expert mentionne notamment un état dépressif majeur atypique, sans que l'on sache sur quels éléments se fonde ce diagnostic. On notera de plus que les psychiatres traitants du recourant avaient tous deux posé les mêmes diagnostics, soit outre l'état dépressif majeur, des troubles mixtes de la personnalité (anxieuse et évitante) et *borderline*. Compte tenu du consensus des médecins traitants sur ces atteintes, on attendait du Dr G_____ qu'il expose de manière circonstanciée pour quels motifs il s'écarterait des diagnostics de ses confrères. S'agissant des éléments anxieux, il ne suffit en particulier pas de souligner que le recourant ne présente pas certaines phobies pour exclure des troubles de l'anxiété, d'autant moins que les

tests psychométriques ont mis en évidence des scores élevés dans ce domaine. Eu égard à la collaboration jugée insuffisante du recourant, il aurait d'ailleurs été indiqué que l'expert prenne contact avec les médecins traitants du recourant. En ce qui concerne les conclusions, elles sont insuffisamment motivées et paraissent pour le moins contradictoires. Le Dr G_____ retient en effet un état dépressif majeur atypique. Il est dès lors étonnant qu'il considère qu'une telle affection n'ait aucune répercussion sur la capacité de travail. L'expert a également conclu à une consommation chronique d'alcool. A ce sujet, d'après une jurisprudence constante, la dépendance – qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie – ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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 des assurances I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les références). Or, le Dr G_____ ne s'est nullement prononcé sur le caractère primaire de l'alcoolisme allégué, ce qui constitue une lacune manifeste de son expertise. A cet égard, il faut souligner que les conclusions des D^{rs} I_____ et M_____ sur le caractère primaire de l'alcoolisme ne sont pas non plus étayées.

Enfin, on peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenancier de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire

toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (Arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références). L'expertise réalisée par le Dr G_____ ne satisfait pas à ces exigences. Plusieurs propos dénotent en effet un parti pris de l'expert. On s'étonne notamment de lire que « *Les éléments de manipulation et le caractère utilisateur du recourant expliquaient par avance la discordance d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant, ce dernier faisant par définition le postulat de sincérité de son patient* ». Cette indication laisse entendre que l'expert psychiatre considérait à l'avance, c'est-à-dire avant même de disposer de tous les éléments permettant de fonder ses conclusions, qu'il ne rejoindrait pas l'appréciation des médecins traitants et qu'il mettrait en doute la parole du recourant. Une telle indication démontre une partialité incompatible avec sa mission. L'expertise est par ailleurs empreinte de jugements de valeur. Le psychiatre qualifie en effet le recourant de « manipulateur » au motif qu'il cherche la compassion en évoquant sa souffrance, et de « banalités » les réponses aux questions sur ses attentes dans la vie, dans des propos inutilement dénigrants et qui manquent de neutralité. L'expert s'attèle en particulier à souligner le caractère prétendument manipulateur du recourant. Il donne à titre d'exemple le fait que ce dernier indique que son employeur l'aurait contraint à déposer sa première demande de prestations d'invalidité, le médecin semblant sous-entendre qu'il s'agit d'un mensonge. Or, cela correspond aux déclarations constantes du recourant – tant dans le formulaire de demande que lors de sa comparution – qu'il n'existe aucun motif de mettre en doute. Une telle pratique est en effet courante lorsque l'employeur continue de verser le traitement du travailleur durant l'incapacité de travail pour maladie, comme cela a été le cas en l'espèce. Le Dr G_____ indique également que le recourant aurait cessé de consulter la Dresse C_____ vraisemblablement parce que cette dernière aurait nié toute incapacité de travail. Outre que cette allégation démontre un parti pris certain, elle révèle une méconnaissance du dossier. Le recourant indiquait en effet dans le formulaire du 21 août 2007 qu'il procédait à cette démarche à l'instigation de son employeur mais qu'il allait mieux et reprendrait le travail la semaine suivante. Ainsi, le recourant partageait l'avis de la Dresse C_____ et se sentait apte à travailler. Enfin, l'expert affirme que les symptômes psychiques semblaient interférer plus avec les activités déplaisantes qu'avec celles qui procuraient une certaine satisfaction à l'assuré. Cette assertion n'est ici aussi aucunement étayée. On souligne en particulier que le recourant n'a apparemment pas indiqué d'activités auxquelles il prendrait plaisir, que le descriptif de ses journées en particulier paraît plutôt monotone et qu'il ne décrit en particulier pas de contacts sociaux agréables.

7. Eu égard à tous ces éléments, l'expertise du Dr G_____ doit se voir dénier toute valeur probante.

Partant, la Chambre de céans ne dispose pas d'éléments suffisants pour statuer sur le droit aux prestations du recourant.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, l'expertise sera confiée au Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et intégrera la question suggérée par l'intimé.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre le recourant, après s'être entouré 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 l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives et plaintes du recourant.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM-IV ou la CIM-10 ?
 7. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ?

Si oui : Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale ? Si oui, laquelle ?

A l'inverse, cette dépendance résulte-t-elle d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? Si oui, laquelle ?
 8. Indépendamment de l'alcoolisme, le recourant aurait-il présenté une maladie psychiatrique qui aurait conduit à une incapacité de travail durable ?
 9. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent.
 10. Les éventuelles atteintes à la santé entraînent-elles une incapacité de travail dans l'activité habituelle, si oui à quel taux et depuis quand ?
 11. Existe-t-il une activité adaptée aux limitations du recourant ? Laquelle ? Y a-t-il une diminution de rendement et si oui dans quelle ampleur ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger du recourant une telle activité ?

-
12. Quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant dans le temps?
 13. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Si oui, lesquelles?
 14. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail du recourant diffèrent des conclusions du Dr E_____ et/ou du Dr G_____, veuillez en expliquer les raisons.
 15. Pronostic.
 16. Toute remarque utile et proposition.
3. Commet à ces fins le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie;
 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans ;
 5. Réserve le fond ;

La greffière

La Présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le