

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3557/2014

ATAS/536/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 juillet 2015

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, représenté par Recourant
C.C.S.I. CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1972 et ressortissant colombien, est arrivé en Suisse en 1991. Il est célibataire et sans enfant. Sans formation professionnelle, après avoir obtenu un baccalauréat en Colombie, il a travaillé à Genève dans différents emplois à temps partiel et de façon irrégulière, en dernier lieu en tant que moniteur de personnes présentant un handicap mental ou psychique jusqu'en 2004. Puis, il a émargé à l'assurance-chômage. Depuis juillet 2005, il est soutenu par l'Hospice général (HG).
2. Les Etablissements publics pour l'intégration (EPI) ont attesté, le 23 novembre 2009, que l'intéressé y avait suivi, sur mandat de l'HG, un stage en observation et orientation dans l'unité d'évaluation socio-professionnelle du 10 septembre 2007 au 30 juin 2008.
3. Le 1^{er} juin 2008, l'intéressé a été victime d'une agression commise par trois individus, lesquels lui ont asséné des coups au visage, occasionnant de nombreux hématomes, ainsi qu'un traumatisme à une incisive, laquelle a nécessité une greffe osseuse. L'instance d'indemnisation instaurée par la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infraction (LAVI) a accordé à l'intéressé une indemnité de CHF 4'000.- à titre de réparation du tort moral.
4. Dans son rapport intermédiaire du 12 décembre 2008, Madame B_____, psychologue et psychothérapeute FSP, a émis le diagnostic d'état de stress post-traumatique avec troubles du sommeil, irritabilité, hyper-vigilance, difficultés de concentration, flashbacks et tendance à l'évitement. A la suite d'un cambriolage récent dans son nouvel appartement, les symptômes traumatiques s'étaient réintensifiés. Le patient était par ailleurs suivi depuis des années pour d'autres difficultés (éléments psychotiques, alcoolisation). Une reprise de travail était souhaitable rapidement.
5. En décembre 2009, l'intéressé a fait une chute et a subi une fracture diaphysaire du 4^{ème} métacarpien droit, laquelle a été opérée. Une incapacité de travail a été attestée jusqu'au 15 juillet 2011 par le chirurgien de la main.
6. En mai 2011, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Dans son rapport du 19 juillet 2011, la doctoresse C_____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique consécutif à l'agression de juin 2008, un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, une personnalité histrionique, des troubles anxieux dépressifs mixtes, un status après fracture du 4^{ème} métacarpien droit et une arthrose du genou gauche. Il est mentionné que l'assuré a eu un parcours professionnel sinueux et avait travaillé quelques années dans le domaine social. Ensuite, il avait présenté des symptômes anxieux importants (insomnies, isolement social, augmentation de la consommation d'alcool), ainsi que des

séquelles physiques. Le patient présentait une thymie triste, une anxiété importante et un discours parfois confus. La consommation d'alcool était continue. La psychothérapie (une séance par semaine) et la médication d'anxiolytiques et d'antidépresseurs avait permis de stabiliser l'état du patient jusqu'en août 2010. Suite à une interruption du traitement, la symptomatologie anxio-dépressive était en recrudescence avec une augmentation de la consommation d'alcool depuis lors. La compliance au traitement était moyenne. Le patient était très anxieux et souvent confus, fréquemment alcoolisé, ce qui détériorait ses aptitudes relationnelles et l'amenait parfois à des altercations dans la rue ou avec les services sociaux. Le pronostic était très réservé pour la réhabilitation professionnelle, tant le patient présentait un fonctionnement labile. La capacité de travail était actuellement nulle. La psychothérapie consistait en une séance avec le docteur D_____ et une séance par mois avec la Dresse C_____. Quant aux limitations, les douleurs à la main droite l'empêchaient de porter de lourdes charges. Sur le plan psychique, elles consistaient en une adaptation limitée, une anxiété et une difficulté de gérer le stress. La capacité de travail était pour l'instant nulle dans toute activité professionnelle. On pouvait s'attendre à la reprise de l'activité exercée jusqu'alors, à savoir celle de stagiaire assistant socio-éducatif auprès de personnes avec handicap mental, à raison de 50%, pour ce qui concerne l'aspect psychique. Au niveau somatique, il fallait voir avec le chirurgien de la main.

8. Le 24 octobre 2011, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé.
9. Dans son rapport du 14 juin 2012, le docteur E_____, psychiatre, a attesté un état de stress post-traumatique, un syndrome de dépendance à l'alcool, une personnalité histrionique, des troubles anxieux dépressifs mixtes et une arthrose. Ce médecin était consulté par l'assuré depuis le 21 février 2012. Celui-ci suivait une psychothérapie déléguée à raison d'une séance par semaine avec le Dr D_____ et d'un rendez-vous mensuel psychiatrique avec le Dr E_____. L'arrêt de travail était toujours total pour une durée indéterminée et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
10. Le 26 mai 2014, le docteur F_____, psychiatre FMH, a établi une expertise psychiatrique de l'assuré sur la base de deux entretiens et d'un entretien téléphonique avec le docteur G_____, duquel l'expert a retenu que les éléments anxio-dépressifs, le sentiment de persécution et l'aura psychotique rapportés par le psychiatre traitant avaient toujours été observés en même temps qu'une consommation d'alcool problématique que l'expert a qualifié de primaire. L'expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les troubles sans répercussion sur celle-ci étaient les suivants: troubles mentaux et troubles du

comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue depuis l'adolescence; trouble somatoforme sans précision; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue; des troubles mentaux et les troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, utilisation continue, et de cannabis, abstinent depuis environ un an. L'assuré présentait en outre certains traits de personnalité depuis au moins le début de l'âge adulte et des difficultés liées au mode de vie, soit l'utilisation de substances psychoactives depuis l'adolescence (alcool, cannabis, cocaïne et tabac). Le fait que l'assuré s'était quasiment toujours tenu en marge des exigences du travail, constituait un facteur de mauvais pronostic pour intégrer un emploi. Il en allait de même de ses habitudes de consommation d'alcool et d'autres substances, ainsi que de l'absence de formation. Ces facteurs relevaient d'une problématique psychosociale.

11. Sur la base d'un avis médical du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR), l'OAI a informé, le 22 septembre 2014, l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations.
12. Par décision du 30 octobre 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.
13. Par acte non motivé du 20 novembre 2014, l'assuré a recouru contre cette décision. Dans le délai imparti par la chambre de céans, il a complété son recours et les conclusions le 9 décembre 2014, par l'intermédiaire de son conseil. Il a fait valoir qu'il souffrait de graves troubles psychiques qui le handicapaient dans sa vie sociale et professionnelle.
14. A l'appui de son recours, le recourant a produit le certificat médical du 9 décembre 2014, du Dr G_____, attestant d'une incapacité de discernement chronique. L'assuré était toujours en incapacité de travail totale.
15. Dans sa réponse du 8 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base de l'expertise du Dr F_____.
16. Le 3 février 2015, le recourant a complété son recours et a conclu à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} novembre 2011. Il a allégué que sa maladie avait eu pour conséquence de lui faire perdre son logement HBM, ce qui était relativement rare et attestait la présence de troubles psychiques graves. Ce n'était qu'à partir de fin 2007, après une longue période de maîtrise de sa vie en raison de problèmes psychiques, que l'HG avait réussi à mettre sur pied un stage de réinsertion sociale et professionnelle. Malheureusement, il avait alors été victime d'une violente agression physique, ce qui avait réactivé ses problèmes psychiques et l'avait de nouveau amené à consommer différentes substances psychoactives, notamment de l'alcool. Par ailleurs, son état de santé psychique était fluctuant. Sur la durée, il persistait une

incapacité de travail d'au moins 50%. Cela étant, le recourant a contesté les conclusions de l'expert psychiatre.

17. A la demande de la chambre de céans, le docteur G_____ lui a fait savoir le 10 avril 2015 qu'il suivait le patient depuis le 25 mars 2013 et qu'il lui avait été adressé par le docteur H_____, généraliste dans un groupe médical. Un essai de suivi dans ce groupe avait été stoppé rapidement, le recourant ayant présenté une agressivité et un comportement inadéquat. Le Dr G_____ avait suivi le recourant à une fréquence d'environ deux fois par mois les premiers mois. Les débuts avaient été difficiles, le recourant étant parfois tendu et irritable. Parfois, le Dr G_____ avait craint pour sa sécurité, mais petit à petit il avait réussi à tisser un lien avec lui. A une reprise, il avait dû le reprendre lorsqu'il avait tenu dans la salle d'attente des propos étranges à un autre patient et lui avait demandé de l'argent. Actuellement, le Dr G_____ le suivait à une fréquence d'une fois par mois, parfois plus souvent, lorsque le patient était anxieux, notamment lorsqu'il était confronté à un stress, notamment administratif, comme cela avait été le cas pour recourir contre la décision de l'intimé. Le recourant aurait été incapable de faire cette démarche seul. Le Dr G_____ a émis les diagnostics de trouble schizotypique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr G_____ a cité une méfiance et des craintes de sortir de son quartier. Par peur de l'extérieur et des gens, il sortait peu de chez lui, dormait la nuit avec la lumière allumée et évitait toute sortie dès que la nuit tombait. Il se sentait facilement source d'observation, ce qui l'angoissait beaucoup. Les contacts avec les autres étaient complexes, notamment dernièrement dans une pharmacie où on lui avait demandé de sortir. Son lien à la réalité était également complexe et fluctuant. Cependant, le recourant était souvent anosognosique. Il passait par des phases transitoires quasi psychotiques marquées par des idées pseudo-délirantes, à caractère persécutoire, mégalomane et hypocondriaque. La capacité de travail était nulle depuis de nombreuses années, peut-être même avant le dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité en 2011. Lors de trois interventions des urgences psychiatriques en 2002, le recourant avait bénéficié notamment d'injections contre son gré pour le calmer, et la question d'une décompensation psychotique aiguë, ainsi que des diagnostics différentiels autour d'une atteinte psychotique avait alors été posée. Le Dr G_____ partageait les diagnostics de dépendance active à l'alcool et aux benzodiazépines du Dr F_____. Cependant, la gravité du tableau clinique présentée par l'assuré, les antécédents de prise en charge, notamment aux urgences psychiatriques en 2002, dont l'expert n'avait pas eu connaissance, le fait qu'il n'avait jamais fonctionné normalement tant au niveau social que professionnel, ses

comportements inadéquats et troubles du comportement ne pouvaient s'expliquer par les diagnostics posés par l'expert. Les problèmes de dépendance étaient clairement secondaires à un trouble schizotypique évoluant progressivement et probablement aggravés par l'épisode d'agression dont le recourant avait été victime en 2008. Grâce à l'expertise, le Dr G_____ avait pu découvrir certains éléments du passé de l'assuré qu'il n'avait jamais pu obtenir par le biais du patient ce qui témoignait de la gravité de la pathologie, selon ce praticien. Depuis le début du suivi, aucun signe d'amélioration du tableau clinique, même dans les périodes où le recourant restreignait sa consommation d'alcool n'avait été observé. Les chances d'une capacité de travail étaient inexistantes.

18. Dans son avis médical du 27 avril 2015, le docteur I_____ du SMR, a considéré que le rapport du Dr G_____ n'était pas convainquant et ne permettait pas de remettre en question l'expertise du Dr F_____.
19. Le 30 avril 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, considérant que faute d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les médecins experts, l'expertise conservait sa pleine valeur probante. Quant au diagnostic de trouble schizotypique émis par le Dr G_____, il n'était pas suffisamment documenté au niveau du status psychique pour être reconnu comme tel.
20. Le 20 mai 2015, le Dr G_____ a transmis les rapports d'interventions de l'unité d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) des 14 octobre, 12 et 20 novembre 2002. Selon le premier rapport, le recourant avait été amené par la police à ladite unité dans l'après-midi pour agitation psychomotrice sur la voie publique. Le médecin de la garde extra-hospitalière avait constaté un discours incohérent chez un patient non collaborant. Les médecins ont posé le diagnostic de décompensation psychotique aiguë et de trouble de la personnalité, sans précision. Au moment de l'hospitalisation, il est notamment constaté que le recourant avait un discours incohérent et était désorienté dans le temps et dans l'espace. Son discours était pauvre et ponctué d'éléments incohérents, avec des réponses inappropriées. Le lendemain de son hospitalisation, il avait refusé de rester à l'hôpital, était calme, mais peu collaborant et opposant, niant toute agitation de la veille et se focalisant sur son genou qui lui faisait mal. La thymie était neutre et il n'y avait plus d'éléments de la lignée psychotique ni de désorientation. Selon le rapport du 12 novembre 2002 de l'unité d'urgences psychiatriques, le motif de la consultation était un trouble du comportement, le recourant s'étant allongé sur la route. Dans les éléments anamnestiques, il est mentionné que l'assuré était connu pour une hospitalisation en 1994 pour raison inconnue et qu'il était suivi régulièrement à la policlinique de médecine HUG, dernièrement sous traitement de Zyprexa et Vioxx. Les médecins se posaient la question s'il souffrait d'un trouble psychotique et s'il présentait un trouble schizotypique ou un syndrome post-

traumatique. L'attention et la concentration étaient perturbées, le recourant ne savant pas comment il était arrivé dans ladite unité. Le cours de la pensée était plutôt lent, son contenu pauvre, sans idée délirante franche. Il n'y avait pas d'hallucinations. Le 20 novembre 2002, le recourant a été de nouveau amené à l'unité d'urgences psychiatriques à cause d'un état confusionnel et de mutisme. Il avait erré dans la rue avec un couteau à la main, était mutique, désorienté et difficilement évaluable. Il se plaignait principalement d'un problème au genou droit. Il est relevé que le recourant était calme, non collaborant, ne répondait pas aux questions, avait une attitude perplexe, le regard fixe, des rires immotivés et un comportement désinhibé. Il était légèrement désorienté dans le temps, mais évaluable dans l'espace. L'attention, la concentration et la volonté étaient diminuées. Le bilan de toxicologie et d'alcoolémie était négatif et un scanner cérébral normal. Une heure et demie après son admission, le recourant était orienté, opposant et répondait aux questions, mais se montrait agressif et interprétatif. Il ne présentait pas d'hallucinations, ni d'idées de concernement, mais conservait des rires immotivés. Renseignements pris auprès d'une infirmière qui avait traité le recourant en août 2001 pour un épisode de violence lors d'une hospitalisation à Fribourg, où il était resté deux jours pour alcoolisation aiguë et agressivité, le recourant avait travaillé alors dans un camp pour handicapés et rencontré des problèmes relationnels avec les membres de l'équipe. Il avait été hospitalisé pour des raisons inconnues. Il n'avait pas de travail fixe, peu d'amis, pas de relation amoureuse. Les médecins de l'unité d'urgences psychiatriques ont posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde. En raison de son comportement labile et imprévisible, engendrant un risque auto- et hétéro-agressif, le recourant a été admis avec un statut de non volontaire dans l'unité psychiatrique, pour mise à l'abri, évaluation et mise en place d'un traitement.

21. Le 28 mai 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au docteur J_____, psychiatre FMH. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert.
22. Par écriture du 22 juin 2015, l'intimé n'a pas formulé d'objection quant au choix de l'expert et a suggéré la modification d'une des questions, sur la base de l'avis médical du 17 juin 2015 du Dr I_____ du SMR.

EN DROIT

1. 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) ;

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. En particulier, il doit 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

3. En l'occurrence, il appert que le Dr F_____ n'a pas eu connaissance des consultations psychiatriques en urgence du recourant en 2002, voire auparavant. Il est à relever à cet égard que les troubles du comportement alors constatés ne semblaient pas être en rapport avec une alcoolisation aiguë. Au demeurant, l'expertise du Dr F_____ n'explique d'aucune façon les troubles de comportement du recourant, ainsi que son parcours de vie très instable. Il semble à cet égard que l'expert ait mis ces troubles en rapport avec une consommation d'alcool problématique, ce qui ne peut cependant être confirmé et ne ressort notamment pas des rapports établis par l'unité d'urgences psychiatriques. De surcroît, le Dr G_____ a relevé que le recourant était souvent anosognosique. De ce fait, les déclarations du seul recourant à l'expert ne sont pas suffisantes pour établir les diagnostics. Enfin, il ressort de l'expertise même du Dr F_____ que le cours et le contenu de la pensée du recourant sont manifestement troublés, son discours pauvre étant ponctué d'éléments incohérents et de réponses inappropriées. Cela constitue également un indice pour des troubles psychotiques.

Cela étant, l'expertise du Dr F_____, outre le fait qu'elle a été établie sur la base d'un dossier médical incomplet, n'est pas convaincante. Aussi, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

4. Celle-ci sera confiée au Dr J_____.
5. Quant à la modification de la question n° 3 concernant l'évolution de la capacité de travail depuis 2010, le Dr I_____ souhaite que cette évolution soit évaluée depuis 2008, sans toutefois motiver cette requête.

Même si a priori on ne voit pas en quoi l'état de santé du recourant à partir de 2008 serait décisif, la chambre de céans n'a néanmoins pas d'objection à ce que l'expert se prononce sur l'évolution de la capacité de travail des sept dernières années.

6. Il sera encore relevé que l'expertise doit être l'expression impartiale de la connaissance scientifique et de l'expérience, ce qui implique que l'expert doit garder la distance nécessaire à l'égard de l'expertisé et présenter un comportement neutre. La rédaction doit être sobre et libre de toute qualification subjective, dans un sens ou dans un autre (Jacques MEINE, L'expert et l'expertise – Critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, Médecine et Hygiène 2002, p. 16).

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr J_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de M. A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ?
 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de Monsieur A_____ sur le plan psychiatrique ?
 3. Quelle est la capacité de travail de Monsieur A_____ et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis 2008 ?
 4. Si vous deviez avoir diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de psychotropes, y compris l'alcool, estimez-vous que la dépendance doit être qualifiée de primaire ou de secondaire ? Dans la première hypothèse, quelle est la pathologie psychiatrique qui a entraîné la dépendance aux

psychotropes et cette atteinte doit-elle être considérée comme grave ?

5. Quelle serait la capacité de travail de Monsieur A_____, s'il s'abstenait de prendre des psychotropes, tels que l'alcool et les benzodiazépines ?
 6. Dans l'hypothèse où l'abstinence de telles substances pourrait améliorer la capacité de travail de Monsieur A_____, serait-il exigible qu'il s'abstienne de la consommation d'alcool et de benzodiazépines ?
 7. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr F_____ ?
 8. Quel est votre pronostic ?
- D. Invite le Dr J_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le