

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3872/2008

ATAS/1063/2009

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 1<sup>er</sup> septembre 2009**

**Chambre 5**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec \_\_\_\_\_ recourant  
élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de \_\_\_\_\_ intimé  
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur B \_\_\_\_\_, né en 1956, a effectué un apprentissage de cuisinier et obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC). Par la suite, il a travaillé de façon irrégulière. En dernier lieu, il était engagé à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2000 en tant que cuisinier au café-restaurant X \_\_\_\_\_. Son salaire aurait été de 4'500 fr. en 2006, selon les déclarations de l'employeur du 19 avril 2006. Le contrat de travail a été résilié pour le 30 juin 2004.
2. Du 14 août au 11 novembre 2003, l'intéressé était en incapacité totale de travail. Sa capacité de travail était de 50 % du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 31 janvier 2004, de 100 % du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2004 et de 50 % en mai 2004.
3. Selon le rapport du 5 juin 2003 du Dr L \_\_\_\_\_, neurologue, le patient est actuellement au bénéfice d'une substitution de méthadone. Il présente depuis plusieurs mois une symptomatologie fluctuante de crampes diffuses des mains, des pieds, des cuisses, du dos mais également de la gorge et de la nuque. Cette symptomatologie se manifeste essentiellement en fin de journée et plus particulièrement lorsqu'il est alité. Les crampes sont particulièrement douloureuses et l'obligent à se lever et à masser le muscle en question. Le patient déclare avoir présenté une symptomatologie similaire d'évolution spontanément favorable il y a quelques années. La prise de magnésium a permis dans un premier temps de soulager les crampes. Celles-ci ont toutefois augmenté en intensité ces derniers temps. Le Dr L \_\_\_\_\_ mentionne également que le patient est connu pour une hépatite C. L'examen neurologique est actuellement dans les limites de la norme, ainsi que l'électroneuromyographie (ENMG) qui ne montre aucun signe en faveur d'une atteinte du système nerveux périphérique ou musculaire. L'origine des crampes reste ainsi incertaine, mais ne semble pas être liée à une altération structurelle de la fibre musculaire. Ce médecin émet l'hypothèse que la survenue élective des crampes en fin de journée est éventuellement en rapport avec une baisse du taux sanguin de méthadone et correspond ainsi à un symptôme de sevrage.
4. Selon le rapport médical du 23 octobre 2003 de la Dresse M \_\_\_\_\_, interniste à la Fondation PHENIX, le patient souffre d'un état dépressif majeur, de sévérité moyenne. Il est en traitement de substitution à la méthadone. Il suit par ailleurs un traitement antidépresseur. Enfin, il est en cours d'investigation pour un problème ORL.
5. En avril 2004, l'intéressé est examiné par le Dr N \_\_\_\_\_, psychiatre, à la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur. Dans son rapport du 24 mai

2004, ce médecin indique que l'expertisé est un ancien toxicomane à l'héroïne. Il a commencé à se droguer dès l'âge de 30 ans jusqu'à 47 ans environ. Depuis un an et demi, il suit un traitement substitutif de méthadone auprès de la Dresse M\_\_\_\_\_. Il prend par ailleurs une médication pour les troubles du sommeil et un état dépressif. Dès le 14 août 2003, il est mis en arrêt de travail. L'évolution est favorable, mais une reprise à 50 % dès le 11 novembre 2003 échoue rapidement. Dans l'anamnèse, il est mentionné que sa mère de l'assuré décède d'une leucémie à l'âge de 36 ans, alors qu'il est âgé de 12 ans. Deux de ses frères sont toxicomanes. L'un de ses frères décède à l'âge de 20 ans d'une overdose. Après avoir terminé son apprentissage de cuisinier, l'expertisé travaille pendant quelques années. Puis, il commence à voyager en Asie et en Espagne. Lors d'un voyage en Asie, il souffre d'une grave diphtérie. En 2000, il présente une pancréatite. L'intéressé est par ailleurs célibataire. Le Dr N\_\_\_\_\_ diagnostique une dysthymie et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées. La capacité de travail est de 50 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2004 et de 100 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

6. L'intéressé est au bénéfice d'indemnités de chômage à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004.
7. Le 28 avril 2005, il est soumis à un examen neuropsychologique par Mme C\_\_\_\_\_, psychologue. Elle mentionne qu'il suit une cure de méthadone et qu'il est dépendant de benzodiazépines. Dans ses plaintes, elle relève une nette diminution de ses capacités mnésiques depuis environ deux ans (oublis des rendez-vous, du contenu de ses lectures, des conversations, des commandes des repas à préparer). Il est aussi moins efficace dans la réalisation de ses tâches professionnelles. Il exprime le souhait d'entreprendre les démarches nécessaires pour faire une demande de prestations d'invalidité. Sur le plan somatique, il se plaint de troubles de l'équilibre, de vertiges et de crampes aux membres supérieurs rendant difficiles la manipulation des ustensiles de cuisine dans son travail. A cela s'ajoutent des troubles du sommeil. Au niveau thymique, le patient décrit une humeur actuellement stable. La conclusion de la psychologue est la suivante :

"L'examen neuropsychologique réalisé auprès de ce patient collaborant, adéquat, met en évidence au premier plan des troubles attentionnels importants, caractérisés par un ralentissement dans les épreuves évaluant la vitesse de traitement de l'information et par une fluctuation attentionnelle. Associé à ses déficits, nous relevons un léger dysfonctionnement exécutif (difficultés de flexibilité mentale et de programmation) ainsi que des difficultés mnésiques se manifestant dans le maintien à long terme d'une information verbale. Les autres sphères

cognitives évaluées (orientation spatiale, langage, calcul,gnosies visuelles, praxies gestuelles et constructives, mémoire de travail) sont globalement préservées. Ce tableau neuro-psychologique évoque un dysfonctionnement sous-cortico-frontal, compatible avec une consommation chronique d'opiacées. Relevons par ailleurs que le traitement actuel (benzodiazépines et méthadone) peut contribuer à la symptomatologie cognitive relevée et en particulier aux difficultés attentionnelles.

Sur le plan psychosocial, les troubles neuropsychologiques mis en évidence sont susceptibles d'affecter les performances du patient dans son activité professionnelle actuelle, et peuvent notamment diminuer son rendement. Néanmoins, compte tenu des capacités cognitives préservées, nous ne retenons pas de contre-indications, sur le plan neuropsychologique, à une réorientation professionnelle. En effet, le profil cognitif du patient serait compatible avec une activité à temps partiel à condition que les tâches impliquées ne sollicitent que peu les aptitudes attentionnelles et mnésiques."

8. A la demande de la Fondation Phoenix, l'intéressé est évalué sur le plan psychiatrique par la Dresse O\_\_\_\_\_, psychiatre, en juin 2005. Dans son rapport du 10 septembre 2005, ce médecin note dans l'anamnèse, en plus des faits déjà évoqués par le Dr N\_\_\_\_\_, que l'assuré dit avoir souffert d'un père autoritaire et violent physiquement. Ce père est décédé en 2004 d'un cancer du pancréas. Sa seconde femme a refusé au patient, à son frère et à sa sœur de connaître le lieu et la date de l'ensevelissement de leur père. Le deuil de son frère décédé d'une overdose était difficile. Le patient se prépare à une autre perte, celle de son frère aîné, ancien toxicomane. Pendant ses voyages, l'assuré ne touchait pas à la drogue. Il a toutefois été arrêté à Bali où il séjournera trois ans en prison pour avoir possédé 4 grammes de haschich. Les retours en Suisse sont de plus en plus mal vécus à travers la difficulté de trouver un emploi temporaire en tant que cuisinier. Lors de ces retours, il rechute aux opiacées. En 2001, son amie le quitte, après huit ans de vie commune avec le projet d'avoir un enfant. A cette époque, il commence à baisser progressivement la méthadone, baisse qu'il compense par la consommation de bières (à la date de l'évaluation un litre par jour). Il souffre d'une hépatite B et C pour laquelle il refuse un traitement par Interféron. Il se plaint beaucoup de douleurs dans les bras et les jambes qu'il attribue aux séquelles d'une diphtérie. Il rejette l'hypothèse d'une polynévrite alcoolique. Son incapacité de travail est essentiellement provoquée par son incapacité de mémoriser les commandes en cuisine et sa difficulté de s'organiser pour préparer les repas. Cela a

provoqué son licenciement. La Dresse O\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'épisodes dépressifs sévères, de personnalité dépendante, de troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacées et de dépendances à l'alcool. La perte de son amie en 2002 a provoqué un état dépressif sur fond de dépendance affective et deuil non fait. Cette perte a ravivé d'autres deuils incomplets, à savoir celui de sa mère, de son frère et de son père. Il ne peut être exclu que la dépression soit consécutive à la baisse du traitement de méthadone. La Dresse O\_\_\_\_\_ préconise une observation dans un centre de l'assurance-invalidité, afin d'évaluer dans quelle mesure les troubles dépressifs empêchent l'assuré de travailler comme cuisinier. En théorie, l'augmentation de la méthadone améliorerait sa dépression.

9. Par demande reçue le 3 avril 2006, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
  
10. Dans son rapport du 18 mai 2006, la Dresse M\_\_\_\_\_ émet les diagnostics d'épisodes dépressifs sévères, de personnalité dépendante, de troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacées, de difficultés attentionnelles et de ralentissements psychomoteurs importants. L'état s'aggrave et la capacité de travail ne pourrait pas être améliorée par des mesures médicales. La capacité de travail est réduite à 50 % à partir de décembre 2005, puis à 100 % dès janvier 2006. Elle mentionne dans son rapport que le patient parvenait à maintenir une abstinence pendant ses voyages et a rechuté dans l'héroïne à partir du moment où il s'est installé en Suisse de manière durable en 2000. Depuis mai 2000, il est suivi à la Fondation Phoenix avec une rupture entre juillet 2001 et novembre 2002, période pendant laquelle il est reparti en voyages. Il se montre très compliant et la Dresse M\_\_\_\_\_ note une bonne stabilisation sur le plan psychomanie (actuellement 75 mg par jour de méthadone). Sur le plan psychique, son état dépressif reste stationnaire et il est difficile d'évaluer la part que ce trouble joue dans son incapacité de travailler. Sur le plan physique, il ne peut plus travailler dans son métier de cuisinier, à cause des crampes dans les bras, les pertes de sensations, les difficultés d'attention et de mémoire. Son organisme a subi d'importantes atteintes (graves diphtéries à 21 ans, importantes maltraitances pendant l'emprisonnement de trois ans à Bali, avec bastonnades, tabassages, conditions de vie insalubres, sol de la cellule recouvert d'eau pendant des jours, une pancréatite due à une ancienne dépendance à l'alcool). L'état psychique et son organisme sont usés et affaiblis et ne lui permettent plus de reprendre son métier de cuisinier. La Dresse M\_\_\_\_\_ préconise également une observation et une évaluation des capacités actuelles du patient, en vue d'une réorientation professionnelle.

11. En février 2008, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr P \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans son rapport du 14 mars 2008, ce médecin émet les diagnostics de fond dysthymique, de dépendance aux opiacées en rémission, sous traitement de substitution à la méthadone, de dépendance à l'alcool, de personnalité "décompensée" et d'inadaptation socio-professionnelle avec isolement affectif et marginalisation. A cet égard, l'expert précise notamment ce qui suit :

"L'élément qui paraît ici important dans l'histoire du sujet est clairement le trouble de la **personnalité**. Il existe d'une part un fonctionnement dit "**limite**" et probablement quelques **traits sociopathiques**. M. B \_\_\_\_\_ a eu un parcours de vie passablement perturbé, ne se remet jamais en question, ni exprime aucune culpabilité face à certains de ses actes, de ses comportements qu'il banalise. Manifestement, il arrange les règles de la société, les lois en fonction de ses propres besoins. Ce trouble de la personnalité semble bien "ancré" mais ne paraît pas plus "décompensé" aujourd'hui qu'hier."

Concernant la capacité de travail, l'expert relève que l'assuré n'a jamais souhaité une activité lucrative sur la durée, depuis la fin de l'adolescence. Il a mené une existence marginale, voyageant beaucoup et les interrompant uniquement en raison de contraintes financières et de santé. Dès lors, il n'est guère surprenant qu'il ait beaucoup de difficultés, voire une incapacité à s'insérer sur la durée dans le monde du travail. Il mène une existence parasitaire depuis longtemps. Toutefois, il présente manifestement un vieillissement physique précoce, conséquence de ses années d'errance, d'éthylisme et cela a un impact sur sa résistance physique et sa capacité de travail. Le Dr P \_\_\_\_\_ estime judicieux d'évaluer cette composante de manière précise. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail est diminuée de 30 % environ. Des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas indiquées, en l'absence de demandes motivées dans ce sens et vu la personnalité de l'assuré.

12. Le 29 mai 2008, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr Q \_\_\_\_\_, interniste. Dans son rapport du 4 juin 2008, l'expert note que l'assuré se dit incapable d'assumer une activité professionnelle en raison d'un sentiment de faiblesse, d'une fatigue constante avec des accès de somnolence diurne. Il se plaint également d'un sentiment de brûlure dans les jambes, survenant à l'effort, de crampes du mollet droit, une à deux fois par mois, généralement la nuit. L'assuré estime que son état s'altère progressivement depuis une dizaine d'années, soit depuis qu'il a présenté une pancréatite. Il se plaint aussi de troubles de la mémoire. Il exprime le souhait d'obtenir une rente, avec laquelle il pourra vivre dans de

bonnes conditions en Asie, où il se sent beaucoup mieux. Une réadaptation n'entre pas en ligne de compte. Au status clinique, l'expert note une bonne capacité d'attention et de concentration, sans clair ralentissement psychomoteur. Au status ostéo-articulaire, le Dr Q\_\_\_\_\_ met en évidence, comme seule anomalie, une douleur à la palpation de la péri-hanche gauche. Il y a également des douleurs évoquées à la palpation du tenseur du fascia lata gauche. L'abduction contrariée de la hanche est douloureuse et légèrement limitée. Les diagnostics de l'expert avec répercussion sur la capacité de travail sont une dépendance aux opiacées, en rémission sous traitement de méthadone, et une dépendance à l'alcool. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il cite une hépatite C chronique, une bursite péritrochantérienne gauche, une incontinence d'urgence mictionnelle et une dyshidrose palmaire. Objectivement, l'état général est légèrement diminué. Les problèmes de crampes sont réglés à peu près à satisfaction avec la prise de magnésium. Quant à l'ancienne hépatite B, il semble qu'elle soit guérie. L'hépatite C chronique n'est pas traitée et les tests hépatiques sont au double de la norme. Cliniquement, il n'y a pas de signe d'insuffisance hépatique et pas d'atteintes neuropathiques. La bursite péritrochantérienne gauche est peu handicapante et pourrait être traitée efficacement par une infiltration locale et une prise en charge physiothérapeutique. L'expert relève en outre ce qui suit :

"Du point de vue somatique, les doléances multiples ainsi que la réalité d'un état général diminué ne permettent pas d'envisager, chez cet assuré qui a fonctionné sur un mode antisocial depuis de nombreuses années, une vie professionnelle, tout au moins avec une exigence de rentabilité exigée par le monde du travail ordinaire.

Toutefois, il me semble possible d'imaginer une activité dans le cadre d'un travail intermédiaire par exemple au sein d'une entreprise à vocation d'aide à la réinsertion avec exigence de rentabilité en-dessous des normes usuelles du marché de l'emploi. En qualité de cuisinier, on pourrait partir du principe d'une diminution de rendement de 30 %.

L'assuré a cependant tiré un trait définitif sur toute perspective professionnelle. Il ne présente aucune motivation pour un reclassement dans une activité adaptée et de telles mesures sont vraisemblablement vouées à l'échec. L'assuré finalement ne désire qu'une seule chose, à savoir une rente qui lui permette de quitter la Suisse et de s'installer en Inde. (...)"

Dans les limitations au plan physique, le Dr Q\_\_\_\_\_ retient des difficultés à soutenir des efforts répétitifs des membres supérieurs, à porter régulièrement des charges excédant dix kilos et à supporter la position debout plus de deux heures consécutives. La baisse de tolérance aux charges et la station debout de longue durée limite vraisemblablement la capacité de travail dans l'activité de cuisinier à 30 %.

13. Dans son rapport du 27 juin 2008, le Dr R\_\_\_\_\_, rhumatologue, relève ce qui suit :

"Le tableau clinique est mixte avec des douleurs à la palpation des muscles de la péri-hanche et à la rotation externe contrariée des hanches, pouvant correspondre à une tendino-bursite trochantérienne bilatérale. Il y a aussi des signes cliniques et radiologiques en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire de type CAN. Pour les douleurs musculaires, j'ai renoncé à une infiltration para-tronchantérienne de corticostéroïdes, puisque l'anamnèse révèle la présence d'une hépatite B chronique. Dans cette situation, les corticostéroïdes risquent d'activer l'hépatite virale. Je lui ai donc prescrit des séances de physiothérapie. Si c'était un échec, je suis d'accord de faire une infiltration de corticostéroïdes, pour autant que le médecin s'occupant de l'hépatite B me donne son accord. (...)"

14. Dans son avis médical du 3 juillet 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) estime que la capacité de travail est de 70 % en tant que cuisinier, ainsi que dans toute autre activité adaptée.
15. Le 10 juillet 2008, l'OCAI détermine le degré d'invalidité de l'assuré à 31,5 %. Dans la comparaison des salaires, il n'a pas tenu compte d'une réduction des salaires statistiques pris en considération pour le salaire avec invalidité.
16. Le 17 juillet 2008, l'OCAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser les prestations de l'assurance-invalidité.
17. Par courriers des 30 juillet et 15 septembre 2008, l'assuré s'oppose à ce projet. Il précise que, lors de son hospitalisation à l'Hôpital de Moutier en 1980 en raison de diphtérie, le Dr T\_\_\_\_\_ l'avait averti que, dans le futur, il ressentirait des séquelles, telles qu'insensibilité aux extrémités, sensation de perte d'équilibre et crampes. Il lui a fait comprendre qu'il y avait un grand risque que les séquelles allaient se compliquer au fil des années, surtout à partir de la cinquantaine. A l'appui de ses dires, l'assuré produit un certain nombre de rapports qui sont résumés dans ce qui suit :

- Selon le rapport du 27 mai 1980 de l'Hôpital de Moutier, l'assuré y était hospitalisé du 19 avril au 24 mai 1980. Les médecins posent notamment le diagnostic de polynévrite post-diphthérique.

- Dans son rapport du 4 mai 1981 à l'attention de la Commission des visites sanitaires de l'armée, le Dr U\_\_\_\_\_ du Centre psychosocial neuchâtelois note que, par l'éclatement de la famille, le décès précoce de la mère et l'absence d'une figure parentale solide à côté du père, le patient a une identité fragile et peu structurée, de sorte qu'il est vraisemblablement mal équipé pour la vie en collectivité et la discipline de l'armée.

- Selon le rapport du 8 septembre 1998 de la Clinique de chirurgie digestive des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré y a été hospitalisé du 10 au 25 août 1998 en raison du pancréatite aigue nécrosante. Un status après hépatite C est également diagnostiqué.

18. Le 11 septembre 2008, M. D\_\_\_\_\_ informe l'OCAI que l'assuré a travaillé sous ses ordres du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 30 juin 2004. Il a alors pu constater la qualité et la productivité de son travail. Jusqu'à fin 2002, son travail était très satisfaisant en productivité et excellent en qualité. Cependant, à partir de 2003, il a constaté les premières défaillances physiques, se traduisant au début par des crampes dans les doigts qui l'empêchaient (sic) de lâcher l'objet, tel que couteau, éplucheur, etc..., ainsi que tous instruments demandant une pression constante sur une certaine durée. A la pause, il arrivait de plus en plus fréquemment que l'assuré montre le besoin de se lever, ressentant des crampes dans les membres inférieurs. Cette situation a commencé à interférer sur son rendement. L'assuré a demandé par ailleurs l'autorisation au chef du personnel de pouvoir travailler en T-shirt, en raison des sudations de plus en plus fréquentes et importantes qui lui donnaient continuellement l'impression de ne plus pouvoir satisfaire aux règles d'hygiène les plus élémentaires pour un cuisinier. Cette demande a été acceptée à titre exceptionnel, étant précisé que les membres de la brigade de cuisine portent en principe le même costume. L'assuré commençait également à manquer de plus en plus régulièrement. Puis, il a eu des pertes de mémoire. La direction a ainsi pris la décision de le licencier.

19. Le 15 septembre 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_ informe l'OCAI que l'assuré à réussi à obtenir récemment le rapport de sortie de son hospitalisation à Moutier, rapport dans lequel il est fait mention des polynévrites post-diphthériques. Elle se demande si, à la lumière de ces nouvelles informations, un nouvel examen neurologique peut être demandé.

20. Par avis médical du 29 septembre 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ se détermine sur les nouveaux rapports et courriers reçus concernant l'assuré. Il relève que le Dr Q\_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique détaillé aux membres supérieurs et inférieurs. Ces constatations permettent d'exclure avec certitude l'existence d'une polynévrite, diagnostic qu'il avait envisagé dans son expertise. Quant au rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 27 juin 2008, ses constatations rejoignent celles du Dr Q\_\_\_\_\_. En ce que le Dr R\_\_\_\_\_ a décrit une ostéophytose assez importante de la tête et du col fémoral des deux hanches, sur la base d'une radiographie du bassin, cette interprétation ne correspond pas à celle du spécialiste en radiologie qui a fait une radiographie du bassin de face le 23 mai 2008 et qui parle de discrets troubles dégénératifs à droite. Une périarthrite de la hanche ne constitue par ailleurs pas un motif d'invalidité, pouvant être traitée soit par une infiltration para-trochantérienne de corticostéroïdes, soit par de la physiothérapie. Le Dr S\_\_\_\_\_ conteste ainsi l'existence d'un conflit fémoro-acétabulaire. Cela étant, il ne voit aucun motif de procéder à une nouvelle expertise neurologique et estime qu'il n'y a pas lieu de modifier les termes de son rapport précédant.
21. Par décision du 30 septembre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précitée.
22. Par acte du 28 octobre 2008, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2004, sous suite de dépens. A titre de préalable, il demande à ce qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée, ainsi qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Il affirme que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Il reproche à l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ d'avoir été établie sur la base d'un seul entretien et que cet expert n'ait accordé aucune importance à ses plaintes. Il s'étonne par ailleurs que l'expert retienne une tendance à la dramatisation ou à l'amplification des symptômes, alors que les tests psychométriques indiquent une dépression importante, une anxiété élevée et de nombreux symptômes avec des valeurs pathologiques. Le Dr P\_\_\_\_\_ déclare pourtant également dans son expertise que le recourant ne donne pas le sentiment de vouloir amplifier ou de majorer ses difficultés. Le recourant fait en outre valoir que l'expert n'a pas procédé à un examen neuropsychologique, ne serait-ce que grossier. Il n'a pas tenu compte, sur le plan de la capacité de travail, du diagnostic de trouble décompensé de la personnalité limite voire sociopathique, sous prétexte que ce trouble existe depuis toujours. Il n'a pas non plus précisé sur quels éléments il se fondait pour admettre que la problématique de la dépendance à l'alcool était toujours présente. Il ne tire aucune conclusion de la constatation qu'il

présente un vieillissement précoce risquant d'aboutir à une échéance physique importante avec un impact probable sur la capacité de travail. Le taux de capacité de 70 % retenu par cet expert paraît également arbitraire au recourant, à défaut de motivation. Quant à l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_, il lui reproche aussi avoir été établie sur la base d'un seul entretien. Il juge totalement incompréhensible que cet expert ait considéré qu'il présentât une bonne capacité d'attention et de concentration sans clair ralentissement psychomoteur, alors que le contraire ressortait d'autres rapports médicaux notamment de l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_. Il estime aussi que les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ concernant la capacité de travail sont contradictoires, dans la mesure où il a conclu, dans un premier temps, qu'une activité professionnelle n'était pas envisageable, puis que seule une activité protégée serait possible hors du marché économique normal et enfin, que l'activité précédente de cuisinier n'était limitée que de 30 %, sans parler d'une activité adaptée qui serait aussi envisageable à plus de 50 %. Le Dr Q\_\_\_\_\_ n'explique pas quelles sont les causes des restrictions constatées, puisqu'il ne retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail qu'une dépendance aux opiacées et à l'alcool, sans aucun autre trouble organique identifié. Il n'a pas non plus motivé la dépendance à l'alcool. A cet égard, le recourant conteste ce diagnostic. On ignore pourquoi le Dr Q\_\_\_\_\_ a retenu un taux de capacité de travail de 70 %. Le recourant reproche aussi à l'expert une partialité, dans la mesure où il a fait état de ce que le recourant souhaitait obtenir une rente d'invalidité pour partir en Asie. Enfin, il fait valoir qu'il y a lieu de cumuler les taux d'incapacité de travail retenus sur le plan psychique et physique. A l'appui de ses dires, le recourant produit par ailleurs d'autres rapports médicaux qui seront cités dans ce qui suit.

23. Dans son rapport du 5 novembre 2008, Dr E\_\_\_\_\_, neurologue, relève ce qui suit :

"L'ensemble de son histoire permet probablement de retenir un syndrome de Guillain-Barré dont il aurait souffert en Inde en 1980, ce qui avait motivé son retour en urgence à l'Hôpital de Moutier. L'examen neurologique avec disparition des réflexes et dissociation albumino-citologique à l'examen du LCR tend à confirmer ce diagnostic.

Aujourd'hui, l'examen neurologique permet de retrouver les réflexes aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

L'anamnèse neurologique de ce jour et les dysesthésies au niveau des orteils orientent vers la possibilité d'une polyneuropathie des membres

inférieurs qui reste probablement discrète et qui ne perturbe pas sa marche".

24. La Dresse V\_\_\_\_\_ a effectué une nouvelle ENMG. Dans son rapport du 27 novembre 2008, elle explique le résultat de cet examen comme suit :

"Les résultats de l'examen électro-neuromyographique ne montrent pas d'atteinte de la neurographie sensitive aux membres inférieurs et aux membres supérieurs gauches (seul côté étudié) hormis une discrète désynchronisation des réponses sensibles pouvant signer une discrète atteinte myélinique. La neurographie motrice montre un allongement de l'ensemble des latences distales motrices avec conservation des vitesses de conduction et un tracé de dénervation-réinnervation chronique ancienne dans la musculature distale des mains et des jambes.

Ce tableau est compatible avec une polyneuropathie axono-myélinique ancienne, actuellement à prédominance motrice, la composante sensitive se manifestant seulement par des réponses pour la plupart désynchronisées. Les crampes pourraient trouver leur origine dans cette dénervation ancienne."

25. Dans son rapport du 24 novembre 2008, le Dr W\_\_\_\_\_, psychiatre, et ancien médecin-cadre responsable de deux consultations ambulatoires du Service d'addictologie de Genève (Consultation rue Verte et Consultation Du-Nant) fait une anamnèse très détaillée, afin de mieux cerner sa personnalité. Le patient dit consommer trois fois par semaine de la bière, mais être abstinent de toute consommation d'héroïne, de cocaïne, de benzodiazépines, de cannabis et de toute autre drogue. Le Dr W\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation d'opiacée, actuellement régime de maintenance sous surveillance médicale, de personnalité dyssociale et schizoïde, de trouble anxieux et dépressifs mixte, d'hépatites C et B, de status post-diphthérie et post-pancréatite aiguë. Sa conclusion est la suivante :

"Il me paraît tout à fait illusoire de penser que Mr. B\_\_\_\_\_ puisse dans les années à venir exercer un quelconque emploi lucratif en raison principalement de son trouble de personnalité antisocial, son long parcours de toxicomanie et le cortège des conséquences négatives et son fonds anxio-dépressif larvé. En m'appuyant sur mes nombreuses années d'expérience dans un cadre hospitalo-universitaire genevois, comme psychiatre responsable, je ne pense raisonnablement pas que M. B\_\_\_\_\_ puisse s'engager prochainement dans le milieu du travail.

J'estime que son incapacité de travail est actuellement de 100 % et M. B\_\_\_\_\_ requiert un suivi psychiatrique régulier avec un spécialiste."

26. Un nouveau bilan neuropsychologique est effectué le 14 novembre 2008. Dans leur rapport du 25 novembre 2008, Mmes C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, psychologues, déclarent que cet examen met en évidence, sur le plan clinique, un ralentissement psychomoteur massif, un débit ralenti de la parole et un flou articulaire, des troubles modérés affectant les capacités de programmation et de planification, ainsi que les aptitudes de flexibilité mentale. Au niveau mnésique, les scores sont dans les limites inférieures des normes dans l'apprentissage d'un matériel verbal. Les performances sont modérément déficitaires au rappel différé des informations, alors que la reconnaissance à terme est satisfaisante. Elles constatent également un déficit attentionnel se manifestant par des résultats quantitatifs et qualitatifs sévèrement déficitaires dont les tests évaluant la vitesse de traitement de l'information est l'attention sélective sur une longue durée. Le tableau neuropsychologique évoque un dysfonctionnement sous-cortico-frontal, compatible avec une consommation chronique de toxiques. Le déficit attentionnel et sévère, les troubles mnésiques et exécutifs modérés altèrent très vraisemblablement les compétences du patient dans l'exercice d'une activité professionnelle. Enfin, malgré un investissement dans l'exécution du test, le patient présente, outre un important ralentissement, une fatigabilité entraînant une diminution du rendement exigible.
27. Dans son rapport du 8 décembre 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_ fait notamment état de ce que les crampes musculaires et les troubles de la mémoire rendent l'exercice de la profession de cuisinier impossible à 100 %. Elle estime par ailleurs que la diminution du rendement de 30 % est sous-estimée par le Dr Q\_\_\_\_\_. La Dresse M\_\_\_\_\_ relève en outre que, dans le cadre de l'expertise de ce dernier médecin, les examens de sang parlent plutôt contre une consommation d'alcool excessive, de sorte que le diagnostic d'une dépendance actuelle à l'alcool a été retenue à tort. Enfin, elle considère que les projets ou désirs du patient, s'il obtient une rente d'invalidité, ne doivent pas interférer avec l'appréciation de la capacité de travail par l'expert.
28. Le 5 janvier 2009, le Dr S\_\_\_\_\_ se détermine sur les nouveaux rapports produits dans le cadre du recours. Il relève notamment que le Dr W\_\_\_\_\_ doit être considéré comme un médecin traitant dont l'engagement par rapport à son patient est moins neutre. Il y a dès lors lieu de donner la préférence à l'évaluation du Dr P\_\_\_\_\_. Concernant l'examen neuropsychologique du 25 novembre 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ fait observer que le Dr P\_\_\_\_\_ a déjà tenu compte

du rapport neuropsychologique du 28 mai 2005 de Mme C\_\_\_\_\_. Le médecin du SMR constate par ailleurs que deux experts se sont prononcés en faveur d'une dépendance à l'alcool. Vraisemblablement, les troubles cognitifs et les crampes musculaires s'amélioreraient grandement en cas d'abstinence de l'alcool. Or, une telle abstinence reste exigible et permettrait à l'assuré d'améliorer son fonctionnement.

29. Dans sa détermination du 15 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en considérant que le recourant n'a apporté aucun élément probant susceptible de remettre en cause les expertises réalisées, l'appréciation différente par les médecins traitants étant insuffisante pour les contredire.
30. A la demande du Tribunal de céans, le Dr E\_\_\_\_\_ l'informe le 15 avril 2009 que la fatigabilité et l'intolérance à l'effort peuvent s'expliquer partiellement par la dépendance du patient aux opiacées, en rémission sous traitement de méthadone et également par sa dépendance à l'alcool imparfaitement incontrôlée. Les crampes peuvent être expliquées par une polyneuropathie axonomyélinique à prédominance motrice, pathologie qui est cependant peu marquée et n'est donc pas sévère. La capacité de travail est de 70 % dans une activité adaptée à la tolérance du patient à l'effort et dans un environnement protecteur ne pratiquant pas les normes de rentabilité ordinaires, compte tenu des limitations objectivables. Le Dr E\_\_\_\_\_ partage par ailleurs le diagnostic retenu par le Dr Q\_\_\_\_\_, ainsi que son appréciation de la capacité de travail, et estime que l'avis médical du Dr S\_\_\_\_\_ est pertinent. Une abstinence complète d'alcool pourrait améliorer la symptomatologie et éviter une aggravation de la polyneuropathie. Quant au dysfonctionnement du sous cortico-frontal, il est probablement réversible et pourrait également être amélioré par une abstinence totale d'alcool. Le Dr E\_\_\_\_\_ ajoute enfin que le recourant est un sujet marginalisé dont la réinsertion sociale et professionnelle sera difficile, mais néanmoins possible avec un suivi médical visant le contrôle de la prise de méthadone et l'abstinence d'alcool.
31. Le 30 avril 2009, le Dr R\_\_\_\_\_, rhumatologue, se détermine sur l'avis médical du Dr S\_\_\_\_\_ du SMR du 29 septembre 2008. Il estime que, dans un emploi permettant de changer de position, n'impliquant pas des marches prolongées ni des nombreuses heures en position debout statique, il n'y a pas d'incapacité de travail. Cependant, les douleurs de la tendinobursite trochantérienne peuvent parfois provoquer des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à deux semaines lors des exacerbations des douleurs. Il ne semble pas à ce médecin qu'il y ait une incapacité de travail prolongée. En cas de persistance des douleurs, des

investigations complémentaires devraient être effectuées, par exemple une IRM à la recherche de lésions musculaires plus sérieuses.

32. Le 15 mai 2009, le recourant se détermine sur les renseignements communiqués par les Dr E\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. Il relève que chacun de ces médecins ne se prononce qu'au regard de sa propre spécialisation et se limite dès lors uniquement à une partie de sa problématique. Aucun de ces médecins ne donnent un avis médical sur la globalité des atteintes, tant physiques que psychiques et de l'impact de leur effet cumulé sur sa capacité de travail. Le recourant persiste ainsi dans l'intégralité de ses conclusions.
33. Par écritures du 20 mai 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions, en relevant que tant le Dr E\_\_\_\_\_ que le Dr R\_\_\_\_\_ rejoignent et adhèrent à l'évaluation médicale par les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Il estime également qu'une expertise judiciaire n'est pas justifiée.
34. Entendu en comparution personnelle des parties le 17 juin 2009, le recourant déclare qu'il ne boit pas tous les jours et jamais plus que 2 à 3 bières par jour. Il ne consomme plus de cannabis du tout. Son conseil précise par ailleurs que son mandant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.
35. Le 18 juin 2009, le recourant produit le certificat médical du 8 juin 2009 de la Dresse M\_\_\_\_\_, selon lequel son patient présente une aggravation de l'état général, avec une aggravation de la fatigue, une perte de poids (67 kg en 2004 et 59 kg en juin 2009), une aggravation des douleurs des hanches qui deviennent aussi nocturnes malgré un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoires.
36. Le recourant produit également à la même date le rapport du 9 juin 2009 du Dr A\_\_\_\_\_ relatif à une IRM des hanches effectuées la veille. Selon ce rapport, le patient présente une incongruence coxo-fémorale ou conflit fémoro-acétabulaire bilatérale.
37. Par courrier du 23 juin 2009, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre. Il leur communique également la liste des questions à poser à l'expert.
38. Dans son avis médical du 6 juillet 2009, le Dr S\_\_\_\_\_ du SMR ne formule aucune objection quant aux choix du Dr E\_\_\_\_\_ comme expert ni sur la nature des questions posées, tout en relevant que l'instruction a été complète et qu'il convient, dans un premier temps, de procéder à un sevrage sous contrôle spécialisé.

39. Sur la base de cet avis médical, l'intimé ne s'oppose pas au choix de l'expert ni aux questions posées à celui-ci.
40. Par courrier du 27 août 2009, le recourant ne soulève aucun motif de récusation contre l'expert pressenti et suggère une modification des questions posées.

### **EN DROIT**

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 - LPGA ; RS 830.1), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr P\_\_\_\_\_ en février 2008. Selon l'expert, le recourant souffre d'un fond dysthymique, de dépendance aux opiacés, en rémission, et à l'alcool, ainsi que d'un trouble de la personnalité limite avec probablement quelques traits sociopathiques. Ce trouble de la personnalité est décompensé, toutefois pas plus aujourd'hui qu'hier, selon l'expert. Ces troubles provoquent une incapacité de travail de 30%. Cependant, comme le relève à juste titre le recourant, il ne ressort pas de l'expertise sur la base de quelles atteintes psychiatriques une incapacité de travail de 30% a finalement été retenue.

Par ailleurs, s'il est vrai que le recourant présente ou a présenté une dépendance à des produits toxiques, il se pourrait également que celle-ci soit la conséquence d'une atteinte psychique et qu'il s'agisse d'une sorte d'automédication.

Par ailleurs, il ne peut être exclu que le trouble de la personnalité, "décompensée" selon le Dr P\_\_\_\_\_, a précisément empêché le recourant de poursuivre durablement une activité professionnelle dans le passé et l'a poussé dans l'existence marginale qu'il a menée à ce jour.

Cela étant, l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ n'emporte pas entièrement la conviction du Tribunal de céans, de sorte qu'il s'avère nécessaire d'élucider les aspects psychiques par une expertise judiciaire.

3. Quant aux compléments et aux modifications des questions suggérées par le recourant, toute expertise doit comporter une anamnèse, raison pour laquelle cela n'est pas expressément précisé dans les questions. Il ne paraît par ailleurs pas nécessaire de demander expressément à l'expert si le recourant présente un trouble de la personnalité et un trouble de l'humeur, ces questions étant déjà comprises dans la première concernant les diagnostics. Les questions seront cependant complétées pour tenir compte des remarques du recourant y relatives. Quant à la question 8, le Tribunal estime qu'il y a lieu de la maintenir, dans la mesure où, selon les affections psychiatriques retenues, une abstinence complète de substances toxiques n'augmenterait éventuellement pas la capacité de travail, si la souffrance psychique devient ainsi intolérable. Mais il est vrai que cette question présente un lien avec la 3<sup>ème</sup> question.

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale de M. B\_\_\_\_\_.
- B. La confie au Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de M. B\_\_\_\_\_.

- 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 diagnostics posez-vous, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue, et depuis quand existent-ils ?
  2. Si vous deviez avoir constaté une toxicomanie, celle-ci est-elle la conséquence d'une atteinte psychique et, dans l'affirmative, de laquelle ?
  3. Toujours au cas où vous deviez avoir constaté une toxicomanie, est-il exigible de la part de M. B. \_\_\_\_\_ de s'abstenir de la consommation de substances toxiques ? Le cas échéant, pourquoi estimez-vous que cela n'est pas exigible ?
  4. Quelles limitations fonctionnelles provoquent les atteintes psychiatriques constatées, notamment les éventuels trouble de la personnalité et trouble de l'humeur ?
  5. L'altération cognitive constatée pourrait-elle, le cas échéant, s'amender, en tout ou partie, selon toute vraisemblance par une totale abstinence de l'alcool ou d'autres substances toxiques ?
  6. Y a-t-il selon toute vraisemblance des séquelles irréversibles de la prise de toxiques sur le plan cognitif ? Si oui, de quelles séquelles s'agit-il ?
  7. Quelle est la capacité de travail de M. B. \_\_\_\_\_, sur le plan psychiatrique ?
  8. Si vous deviez avoir constaté une dépendance à l'alcool ou à une autre substance, une abstinence complète augmenterait-elle la capacité de travail de M. B. \_\_\_\_\_, sur le plan psychiatrique, et dans quelle mesure ?
  9. La capacité de travail est-elle limitée en raison d'une atteinte psychique indéniable ou en raison de facteurs psychosociaux et

socioculturels, sans substrat médical pertinent ? Le cas échéant, qu'est-ce qui apparaît au premier plan, les facteurs psychosociaux et socioculturels ou les atteintes à la santé psychique ?

10. Si vous deviez avoir retenu un taux d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique égal à celui retenu sur le plan somatique, estimez-vous que le taux d'incapacité de travail global est égal aux taux retenus séparément sur les plans psychique et somatique, ou conviendrait-il de retenir un taux global supérieur ? Dans cette dernière hypothèse, en admettant que la capacité de travail sur le plan somatique est de 70 %, à combien évalueriez-vous le taux global ?
11. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ ?
12. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr Philippe E\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le