

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/761/2018

ATAS/332/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 avril 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOYER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 25 février 2012 en raison d'une dépression dont il souffrait depuis 2009.
2. Le docteur B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a indiqué, dans un rapport du 21 mars 2012, que l'assuré souffrait d'un trouble de l'humeur récurrent, épisode actuel sévère, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cocaïne, de tabac et de sédatifs. L'assuré était incapable de travailler à 100% depuis mai 2011. Des mesures de réinsertion n'étaient pas envisageables actuellement et probablement de manière définitive.
3. Par décision du 14 janvier 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} août 2012 au 31 janvier 2014.
4. L'assuré a recouru contre cette décision.
5. Par arrêt du 15 juin 2015, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a admis le recours, annulé la décision du 14 janvier 2015 et renvoyé le dossier à l'OAI, sur demande de ce dernier, pour instruction complémentaire du fait que l'assuré était atteint du cancer de la prostate.
6. Dans un rapport du 4 décembre 2015, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 22 janvier 2013. Les diagnostics psychiatriques étaient un épisode dépressif sévère avec trouble de l'humeur récurrent, un syndrome de dépendance à l'alcool et un syndrome de dépendance à la cocaïne et aux sédatifs actuellement en rémission. Les diagnostics somatiques étaient un cancer de la prostate actuellement en traitement et une insuffisance cardiaque. Depuis 2013, il y avait une évolution fluctuante avec variation invalidante notamment des angoisses et de l'humeur ainsi que de la consommation d'alcool, globalement allant en se dégradant. Il y avait eu une nette péjoration en septembre 2014 suite au refus de l'OAI, puis une seconde péjoration, suite à la découverte d'un cancer de la prostate en décembre 2014, lequel avait fait l'objet d'un traitement chirurgical en avril 2015, avec complications (incontinence invalidante et troubles sexuels).
7. Dans un avis du 19 janvier 2016, le SMR a indiqué que l'atteinte oncologique n'était pas durable, mais que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé sur le plan psychiatrique.
8. Dans un rapport du 23 février 2016, le Dr C_____ a indiqué que les diagnostics somatiques et psychiatriques étaient inchangés depuis le 4 décembre 2015. Il n'y avait pas de traitement des séquelles chirurgicales du traitement oncologique. L'évolution était très fluctuante de manière invalidante, avec notamment des tensions musculaires douloureuses et invalidantes jusqu'à la hernie discale, « de l'humeur et de la fréquence des abus d'alcool ». Le pronostic était défavorable avec un risque vital engagé de manière fluctuante et une incapacité de travail complète probablement définitive.

9. Dans un rapport du 24 janvier 2017, les docteurs D_____ et E_____, médecins SMR, ont proposé la mise en place d'une expertise psychiatrique avec évaluation approfondie de l'aspect addictologique de l'assuré. Ils relevaient que, dans le cadre de la discussion concernant le caractère primaire ou secondaire de la problématique addictive, l'anamnèse addictologique était incomplète et ne précisait pas à quand remontait le début des consommations et leur contexte. Ils relevaient également le caractère régressif du trouble de l'humeur de l'assuré lors de l'arrêt de la consommation. Selon les éléments à disposition, les épisodes dépressifs dans le cadre du trouble dépressif récurrent étaient à chaque fois accompagnés par des consommations. Toutefois, cette consommation semblait persister entre les péjorations thymiques. Dès lors, il était légitime de se poser la question du rôle joué par la consommation dans le déclenchement et l'entretien de la dépression. Il leur semblait donc nécessaire de préciser si l'assuré présentait une atteinte psychique évoluant de façon indépendante et qui serait de toute façon incapacitante en dehors de la problématique addictive.
10. L'OAI a, en conséquence, confié une expertise psychiatrique de l'assuré au docteur F_____, psychiatre FMH.
11. Dans son rapport du 14 juin 2017, le Dr F_____ a indiqué avoir vu l'expertisé le 4 mai 2017. Il a résumé son histoire médicale, décrit les plaintes actuelles sur le plan psychique et procédé à une anamnèse orientée par trouble. S'agissant de la dépendance, il a précisé que l'assuré consommait de l'alcool presque quotidiennement, à raison de deux à trois verres de vin et parfois aucun pendant une journée, sans symptôme de sevrage. L'expertisé décrivait beaucoup d'abus de vin à la fin de l'année 2016 et le dernier en février 2017. Il suivait une psychothérapie chez le Dr B_____ depuis 2010 et appelait parfois ce dernier au téléphone dans des contextes de crise. L'expert a encore décrit les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles de l'assuré et les données objectives.

Selon lui, la situation actuelle correspondait à un diagnostic de dépression récurrente, épisode actuel léger. Il n'y avait pas, semblait-il, de dépendance aux benzodiazépines (sédatif) et à la cocaïne actuellement. Ces éléments semblaient résolus et la consommation très occasionnelle de Temesta ne comptait pas pour un signe de dépendance. L'assuré présentait néanmoins une consommation régulière d'alcool, actuellement active. Ces éléments correspondaient à un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. Les symptômes liés à la dépression et compliqués par la consommation d'alcool, qui était ici secondaire, étaient à l'origine des limitations fonctionnelles invoquées par l'expertisé et observées lors de l'entretien. À la vue de ces symptômes, il n'y avait pas de diagnostic différentiel à envisager. Selon le Dr B_____, contacté par l'expert le 13 juin 2017, l'expertisé pourrait suivre une évaluation dans un environnement protégé à 50%.

Selon l'expert, le pronostic était mitigé. L'assuré avait une dépression qui semblait installée depuis de nombreuses années avec des comportements addictifs,

actuellement l'alcool, qui compliquaient ces éléments. Cependant, il présentait un certain optimisme avec l'idée éventuelle de pouvoir être actif suite à une réadaptation professionnelle. Son isolement social, le peu de projets, ses pensées centrées sur sa situation somatique, notamment liées aux suites de l'opération de la prostate, faisaient qu'il ruminait et n'avait pas d'activité pouvant lui donner la chance de se réinsérer socialement ou professionnellement. Les mesures thérapeutiques en cours étaient utiles et consistaient en un suivi personnalisé, car très flexible, par le Dr B_____. Il y avait également une utilisation d'un antidépresseur et de la Lamotrigine pour potentialiser ce dernier. Cependant, ce traitement médicamenteux n'avait pas été changé depuis très longtemps. L'expert suggérait la prescription d'un antidépresseur d'une classe différente. Les mesures actuelles avaient montré une certaine stabilité, difficile à obtenir avec l'expertisé, qui compliquait la situation avec les consommations de toxiques pendant une partie de son histoire. Sa dépression était légère, mais sa dépendance à l'alcool ainsi que ses antécédents psychiatriques compliquaient le pronostic. L'expert estimait ne pas devoir exiger un changement du traitement psychotrope, car il ne garantirait pas suffisamment l'évolution de la situation clinique et la capacité de travail. Il ne faisait que proposer cette stratégie, comme cela avait été fait lors de la première expertise de perte de gain. Il n'y avait pas d'exagération, d'augmentation ou de simulation des symptômes. Il n'y avait pas d'incohérences sociales par rapport aux capacités physiques. Les facteurs aggravants étaient liés aux problèmes de formation, très limités. Il existait probablement une capacité résiduelle de travail dans un environnement adapté. Il fallait cependant prendre en considération qu'il s'agissait d'un assuré qui aurait bientôt 60 ans. Il serait utile de le sortir de son environnement extrêmement limité. Une évaluation dans un milieu protégé pourrait vérifier la possibilité d'une réadaptation professionnelle dans un environnement non stressant, donc en dehors de l'activité liée à la restauration.

12. Dans un rapport du 27 octobre 2017, le Dr D_____ a constaté que selon l'expert, il n'y avait pas d'exigibilité de traitement et que la capacité de travail résiduelle envisagée ne pouvait être que partielle et dans un environnement protégé et adapté. Le Dr D_____ considérait que cette expertise n'était certainement pas convaincante dès lors qu'elle retenait une incapacité de travail totale, mais pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI. L'expertise psychiatrique ne répondant pas aux questions posées, il était nécessaire d'en demander une nouvelle.
13. Le 22 décembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait mandaté le docteur G_____, psychiatre, pour procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, qui était nécessaire, et qu'il pouvait lui faire parvenir dans le délai de 12 jours dès réception de cette communication les questions complémentaires qu'il souhaitait poser à l'expert ainsi que ses éventuels motifs de récusation contre ce dernier.
14. Le 8 janvier 2018, l'assuré a fait part à l'OAI de son étonnement quant à sa décision de faire procéder à une nouvelle évaluation médicale de sa situation par le

Dr G_____, étant donné qu'il avait déjà fait l'objet d'une expertise par le Dr F_____, et lui a réclamé les motifs de sa décision.

15. Le 11 janvier 2018, l'OAI a répondu à l'assuré que le SMR avait constaté que l'expertise du Dr F_____ ne répondait pas aux questions soulevées et n'était pas convaincante, raison pour laquelle une seconde expertise était organisée.
16. Le 24 janvier 2018, l'assuré a demandé à l'OAI d'annuler le nouveau mandat d'expertise, considérant que l'OAI aurait dû interpellé le Dr F_____ afin que celui-ci apporte des précisions sur les conclusions de son rapport.
17. Le 15 janvier 2018, le Dr G_____ a convoqué l'assuré à un premier rendez-vous au 5 février 2018 et un second au 26 février 2018.
18. Par décision du 1^{er} février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait l'expertise auprès du Dr G_____ au motif que le SMR estimait que le rapport d'expertise du 14 juin 2017 ne prenait pas position sur les répercussions de l'atteinte à la santé retenue sur la capacité de travail ou dans une autre activité professionnelle appropriée.
19. Dans un rapport du 1^{er} février 2018, le Dr D_____ a indiqué que le Dr F_____ ne se positionnait pas, dans son rapport du 14 juin 2017, sur la capacité de travail médico-théorique exigible et se contentait de noter qu'une capacité résiduelle existait probablement. De plus, il ne retenait aucune atteinte incapacitante. En effet, le trouble dépressif était qualifié de léger et la dépendance à l'alcool qualifiée de secondaire n'était pas en relation avec une atteinte psychique de degré suffisant. En outre, l'expert avait fait référence à des facteurs qui ne pouvaient pas être pris en compte, en particulier l'âge de l'assuré. À l'évidence, son rapport ne pouvait pas être qualifié de convaincant sur le plan médical. De même, devant les défauts structurels de l'évaluation, il n'était pas possible de demander à l'expert des précisions. En conséquence, une nouvelle expertise était bien indispensable pour évaluer de façon définitive la capacité de travail éventuelle de l'assuré.
20. Le 6 février 2018, le Dr G_____ a convoqué l'assuré le 26 février 2018, suite à sa non-présentation le 5 février 2018.
21. Le 5 mars 2018, l'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI du 1^{er} février 2018, faisant valoir que l'avis du Dr D_____ du 27 octobre 2017 n'indiquait pas en quoi l'expertise du Dr F_____ serait dénuée de valeur probante ni même quelles conditions jurisprudentielles feraient défaut à cette expertise. Partant, l'OAI ne pouvait, unilatéralement et sans même le consulter, écarter cette expertise médicale qu'il avait lui-même mise en œuvre pour le simple motif que celle-ci déplaisait au Dr D_____ et mandater un autre expert. Il subissait un préjudice irréparable en raison de la décision de l'OAI. L'ensemble de ses médecins traitants aboutissaient au même constat que le Dr F_____. Si l'OAI estimait que l'expertise méritait des clarifications, il lui appartenait de poser des questions complémentaires à l'expert, mais il ne pouvait pas changer d'expert sans même lui demander son avis. En

conséquence, c'était sans droit et de manière abusive que l'OAI avait mis sur pied une nouvelle expertise psychiatrique en faisant fi des réquisits jurisprudentiels et en écartant l'expertise du Dr F_____. Il concluait à la restitution de l'effet suspensif, à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 1^{er} février 2018, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit dit que celui-ci n'était pas fondé à désigner un nouvel expert en remplacement du Dr F_____ et au retour du dossier à l'OAI pour suite de l'instruction dans le sens des considérants. Subsidiairement, il requérait que toute mesure probatoire utile soit ordonnée, en particulier l'audition du Dr F_____.

22. Par réponse du 20 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif. Une expertise avait été effectuée par le Dr F_____, qui avait été considérée comme non probante par le SMR, le 27 octobre 2017. Il avait été retenu que l'expertise était à tel point émaillée d'incohérences et de lacunes qu'un complément d'expertise auprès de l'expert ne pouvait y remédier. Dès lors, l'OAI avait mandaté le Dr G_____ pour effectuer une nouvelle expertise psychiatrique. La restitution de l'effet suspensif reviendrait à demander la suspension de la réalisation de l'expertise, ce qui relevait du droit de fond.
23. Le 28 mars 2018, l'OAI a répondu, sur le fond, au recours en renvoyant à sa décision et en précisant que l'expertise effectuée par le Dr F_____ le 14 juin 2017 ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, l'expert retenait comme diagnostic incapacitant une dépression récurrente, épisode actuel léger, une consommation régulière d'alcool et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. Cette appréciation ne pouvait être suivie. En effet, le trouble dépressif était qualifié de léger et la dépendance à l'alcool qualifiée de secondaire n'était pas en relation avec une atteinte psychique de degré suffisant. S'agissant de la capacité de travail médico-théorique exigible, l'expert ne se prononçait pas et se contentait d'indiquer qu'il existait probablement une capacité résiduelle dans un environnement adapté et qu'il fallait prendre en considération qu'il s'agissait d'un assuré qui aurait 60 ans dans quelques jours. Il n'appartenait pas à l'expert de se déterminer sur des facteurs extra-médicaux. En l'occurrence, l'état de santé était insuffisamment instruit pour pouvoir se déterminer sur la capacité de travail médico-théorique du recourant. L'expertise du Dr F_____ ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante et devait être écartée. L'expertise était à tel point émaillée de lacunes et d'incohérences ainsi que de conclusions non motivées qu'un complément d'expertise auprès de l'expert ne serait suffisant pour y remédier. En conséquence, une nouvelle expertise psychiatrique s'avérait nécessaire. En effet, selon les éléments médicaux à disposition, les épisodes dépressifs dans le cadre du trouble dépressif récurrent étaient à chaque fois accompagnés par des consommations. Il était dès lors nécessaire de préciser si le recourant présentait une atteinte psychique invalidante évoluant de façon indépendante à la problématique addictive.
24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 - 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte principalement sur le bien-fondé de la décision de l'intimé d'ordonner une seconde expertise du recourant.
5. Le recourant ayant conclu à la restitution de l'effet suspensif, il y a lieu d'examiner ce point en premier.

a. La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). L'art. 56 LPGA, qui concerne le droit de recours, ne règle pas l'effet suspensif éventuel du recours (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, p. 562 ch. m. 16 ad art. 56 et la référence; ATF 129 V 376 consid. 4.3 in fine). Quant à l'art. 61 LPGA, il pose des exigences auxquelles doit satisfaire la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, laquelle est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA. Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation.

Selon l'art. 11 al. 2 OPGA, l'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai. L'art. 55 al. 3 PA prévoit que l'autorité de recours ou son président peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré. La demande de restitution de l'effet suspensif est traitée sans délai.

S'agissant du retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de la restitution de l'effet suspensif, l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé à la jurisprudence en la matière (arrêt précité I 46/04 du 24 février 2004).

D'après la jurisprudence, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation; qu'en général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; qu'il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 s. consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références).

b. Les mesures provisionnelles, auxquelles l'effet suspensif est assimilé, ne sont ainsi légitimes, aux termes de la loi, que si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF 119 V 505 consid. 3 et les références citées); si la protection du droit ne peut exceptionnellement être réalisée autrement, il est possible d'anticiper sur le jugement au fond par une mesure provisoire, pour autant qu'une protection efficace du droit ne puisse être atteinte par la procédure ordinaire et que celle-ci produirait des effets absolument inadmissibles pour le requérant (GYGI, L'effet suspensif et les mesures provisionnelles en procédure administrative, RDAF 1976 p. 228; cf. aussi KÖLZ/HÄNER, Verwaslungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème édition, ch. 334 ss.) ;

6. En l'espèce, le recours est dirigé contre la décision d'ordonner une nouvelle expertise. Ainsi, la requête visant à la restitution de l'effet suspensif revient à demander la suspension de la réalisation de l'expertise en tant qu'elle n'est pas nécessaire. Or, cette question relève du droit de fond de la présente procédure, de sorte que la demande de restitution de l'effet suspensif devrait être rejetée. Cependant, dans la mesure où la chambre de céans statue ci-après sur le bien-fondé de la décision d'ordonner une deuxième expertise, la demande de restitution de l'effet suspensif devient en réalité sans objet.
7. Le recourant s'oppose à la réalisation d'une seconde expertise considérant, notamment, qu'il appartenait à l'intimé de poser des questions complémentaires à l'expert.
8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
10. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).
11. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). 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).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs

(ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). En particulier, dans les cas où, selon la situation du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).
13. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). S'il estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments

recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral I 906/05 consid. 6). Le devoir d'instruction de l'OAI s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Ainsi, l'OAI doit mettre en œuvre une expertise médicale lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in RSAS 2008 p. 181), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « seconde opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème édition 2009, art. 43 n° 12 et 17). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, s'il se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées et compréhensibles (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 consid. 3.2.2).

14. En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr F_____ du 14 juin 2017 est constitué de douze pages et repose sur un entretien avec l'expertisé, un résumé de son histoire, ses plaintes actuelles et une anamnèse complète. L'expert a posé les diagnostics de dépression récurrente, épisode actuel léger, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, précisant que les symptômes liés à la dépression étaient compliqués par la consommation d'alcool, qui était secondaire, et que ces symptômes étaient à l'origine des limitations fonctionnelles invoquées par l'expertisé et observées lors de l'entretien. Il a précisé que selon le Dr B_____, l'expertisé pourrait suivre une évaluation dans un environnement protégé à 50% et qu'il existait probablement une capacité résiduelle de travail dans un environnement adapté.

Cette expertise remplit a priori les réquisits pour se voir reconnaître force probante. Il apparaît dès lors à tout le moins prématuré de faire procéder à une nouvelle expertise sans interpellier l'expert sur les critiques formulées par le SMR contre son

rapport, ce d'autant plus que ces critiques reposent sur un avis peu motivé et peu convaincant. En effet, le Dr D_____ a mentionné dans son avis, de façon contradictoire, en premier lieu, que l'expert retenait qu'une capacité résiduelle existait probablement, puis en second lieu, que l'expert retenait une incapacité totale de travail.

Par ailleurs, le Dr D_____ ne pouvait retenir qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI, sans plus de motivation et sans avoir demandé des explications complémentaires à ce sujet à l'expert, dès lors que ce dernier avait indiqué dans son rapport que l'assuré souffrait d'une dépression légère et que sa dépendance à l'alcool ainsi que ses antécédents psychiatriques compliquaient le pronostic. À teneur de la jurisprudence, il n'est en effet pas exclu qu'une dépression légère soit incapacitante.

Contrairement à ce qu'a retenu le Dr D_____, l'expert n'a pas conclu qu'il n'y avait pas d'exigibilité de traitement, mais il a relevé, au contraire, que les mesures thérapeutiques en cours étaient utiles. Il a seulement suggéré une modification du traitement psychotrope, en précisant qu'il estimait ne pas devoir l'exiger, car le traitement ne garantirait pas suffisamment l'évolution de la situation clinique et la capacité de travail.

Enfin, le 1^{er} février 2018, le Dr D_____ a soutenu qu'il n'était pas possible de demander à l'expert des précisions en raison des défauts structurels de l'évaluation, sans plus de motivation. Il n'apparaît pourtant pas à sa lecture que le rapport souffrirait de tels défauts. L'on ne saurait non plus retenir qu'il est « émaillé de lacunes et d'incohérences » ainsi que de conclusions non motivées et qu'un complément d'expertise auprès de l'expert ne serait pas suffisant pour y remédier.

Il ressort des considérations qui précèdent que l'OAI n'était pas fondé, en l'état de la procédure, à ordonner une nouvelle expertise, dès lors qu'il n'était pas démontré de façon suffisante que le rapport du Dr F_____ était dénué de force probante. L'OAI aurait dû demander un complément d'expertise.

Pour ce motif, la décision de l'OAI du 22 décembre 2017 doit être annulée et le dossier renvoyé à ce dernier pour qu'il saisisse l'expert de questions complémentaires, lesquelles devront également prendre en considération la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques.

15. Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner le second grief du recourant qui reproche l'OAI d'avoir changé d'expert sans lui demander son avis.
16. Le recours sera en conséquence admis, la décision querellée annulée et il sera dit que l'intimé doit faire compléter le rapport d'expertise du 14 juin 2017 au sens des considérants.
17. La présente procédure portant sur un acte d'instruction, il n'y a pas lieu de prévoir un émolument (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Sur incident :

2. Déclare la demande de restitution de l'effet suspensif sans objet.

Au fond :

3. Admet le recours.
4. Annule la décision rendue par l'intimé le 1^{er} février 2018.
5. Dit que l'intimé doit faire compléter le rapport d'expertise du 14 juin 2017 au sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant le montant de CHF 1'000.- à titre de dépens.
7. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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