

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/911/2013

ATAS/592/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 juin 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur V _____, domicilié au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître RUDERMANN Michael

Recourant

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur V _____, né en 1969 et d'origine espagnole, a fait une formation d'employé de commerce. Il ressort de l'extrait de son compte individuel à la caisse de compensation qu'il a travaillé par la suite par intermittence et pendant de très courtes périodes. D'octobre 2000 à février 2002, il a bénéficié d'indemnités de chômage.
2. Par demande déposée en janvier 2005, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans son rapport du 29 avril 2005, la Dresse A _____, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, diagnostique une polytoxicomanie de longue date et un état dépressif sévère chronique. Les diagnostics de maladie de Berger et de bronchite chronique obstructive sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était en incapacité de travailler à plusieurs reprises entre 2002 et 2005, au total pendant plus d'une année à 100%. Son état de santé est stationnaire et sa capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales ni professionnelles. Une évaluation psychiatrique approfondie serait utile. Le patient se plaint d'asthénie, de toux chronique et d'anxiété. Le pronostic est réservé en raison de la toxicodépendance et de l'état anxio-dépressif important. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le médecin mentionne que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, mais que l'assuré pourrait exercer une autre activité à raison de quatre heures par jour au maximum, avec un rendement diminué. La motivation pour la reprise d'un travail est faible et l'absentéisme prévisible est important.
4. Par courrier du 10 août 2006, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) informe l'assuré des problèmes rencontrés dans son emploi temporaire. Son supérieur lui reproche notamment son manque d'aisance avec l'outil informatique, sa lenteur dans l'exécution du travail et sa somnolence, ce qui génère des erreurs dans un travail qui doit être rigoureux. Cela étant, l'OCE adresse à l'assuré un avertissement et le menace d'un licenciement pour justes motifs.
5. Dans un avis médical du 12 octobre 2006, le Dr B _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) relève qu'il n'y a aucune description d'un quelconque état dépressif, ni sévère, ni même léger. Par ailleurs, la Dresse A _____ n'est pas psychiatre. Cela étant, le Dr B _____ estime que le diagnostic d'état dépressif ne peut être retenu. Quant à la polytoxicomanie, elle n'a apparemment pas empêché l'assuré de faire un apprentissage et de travailler dans le passé. Celui-ci est d'ailleurs inscrit au chômage.

Partant, ce médecin estime qu'il n'y a aucun élément justifiant une incapacité de travail de longue durée.

6. Par courrier du 20 octobre 2006, l'OCE informe l'assuré que le contrat d'emploi temporaire qu'il a signé le 28 juillet 2006 est rompu au soir du 30 novembre 2006 pour difficultés de réinsertion. Ainsi, son droit aux mesures cantonales en termes de placement se limite à une allocation de retour en emploi (ARE).
7. Par décision du 8 décembre 2006, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) refuse à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en se fondant sur l'avis médical précité du Dr B_____.
8. Par demande déposée en juin 2008, l'assuré requiert pour la deuxième fois des prestations de l'assurance-invalidité.
9. Le 4 juin 2008, l'OAI invite l'assuré à lui fournir les faits nouveaux qui pourraient motiver un réexamen de son droit à une rente dans un délai échéant au 27 juin 2008, sous peine de refus d'entrer en matière.
10. Selon la note relative à l'entretien téléphonique du 26 juin 2008 entre l'OAI et l'assuré, ce dernier a présenté la lettre du 4 juin 2008 de l'OAI à la Dresse A_____ qui lui a recommandé de déposer une nouvelle demande d'assurance-invalidité. Elle ne souhaitait cependant pas écrire à l'OAI, ayant cessé de suivre l'assuré. L'assuré est à la recherche d'un nouveau praticien. L'OAI l'informe qu'il convient de lui communiquer le nom de celui-ci dès qu'il aura un rendez-vous et que le délai ne court pas en attendant. L'assuré fait en outre savoir audit office que le médecin du chômage l'a déclaré inapte à travailler, de sorte qu'il a été écarté du chômage. Enfin, il souhaiterait une reconversion professionnelle.
11. Le 25 novembre 2008, la Dresse C_____ informe l'OAI qu'il n'y a aucun fait nouveau depuis qu'elle suit le patient, à savoir depuis début août 2008.
12. Après avoir adressé à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière le 1^{er} décembre 2008, l'OAI confirme ce projet par décision du 26 février 2009, au motif que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable que les circonstances médicales s'étaient modifiées.
13. En janvier 2011, l'assuré dépose une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

14. Par courrier du 13 janvier 2011, l'OAI l'invite à produire tous les documents utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis sa dernière évaluation, sous peine de refus d'entrer en matière.
15. Dans son rapport du 28 janvier 2011, adressé à l'OAI, le Dr D_____, psychiatre, atteste qu'il suit l'assuré d'une manière régulière depuis le 14 décembre 2009. Il présente une symptomatologie anxio-dépressive importante et est sous antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères. Jusqu'à présent, il n'a pas montré une évolution favorable. L'assuré est célibataire et vit avec sa mère. Il ne travaille pas et n'a aucun revenu. Depuis environ 17 ans, il est polytoxicomane, actuellement sous cure de méthadone. Il souffre aussi de problèmes physiques, notamment d'une anémie chronique, qui nécessite une injection de fer à l'hôpital. Depuis que ce médecin suit l'assuré, son état psychique est assez fluctuant. Le pronostic est mauvais. Le Dr D_____ estime que le patient est totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Sa capacité de travail est donc nulle.
16. Dans son avis médical du 7 février 2011, le Dr E_____ indique que "Les instructions passées ont permis de retenir une toxicomanie primaire (les consommations de l'époque n'avaient pas empêché la formation puis l'activité de travail)". Cela étant, il estime que l'assuré présente toujours une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles, et théoriquement depuis toujours.
17. Par décision du 28 mars 2011, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assuré n'a pas rendu plausible que l'état des faits s'est modifié depuis la dernière décision.
18. Par arrêt du 6 juillet 2011, la Cour annule la décision du 28 mars 2011 de l'OAI et renvoie la cause à l'intimé pour entrer en matière sur la demande de prestations du recourant.
19. Dans son rapport du 3 octobre 2011, le Dr D_____, psychiatre, indique que l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines. Le diagnostic d'anémie chronique est sans effet sur la capacité de travail. Le patient lui a été adressé par son médecin traitant en raison d'une aggravation de son état psychique avec des symptomatologies anxio-dépressives. Le Dr D_____ a changé le traitement antidépresseur. Dans les symptômes, il cite une humeur déprimée, une perte d'intérêt ou de plaisir, une

diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une perte de confiance et d'estime de soi, une altération de la capacité à penser et à se concentrer, une perturbation du sommeil, un sentiment de désespoir, une incapacité de faire face aux responsabilités habituelles et un pessimisme au sujet du futur. Dans les plaintes, le médecin mentionne des troubles du sommeil, une fatigue mentale et physique, de la tristesse, de l'anxiété, un manque d'envie d'accomplir les tâches quotidiennes et un manque de concentration. L'assuré est en incapacité de travail totale depuis le début du suivi par ce médecin en février 2011.

20. En février 2012, l'assuré est soumis à l'expertise médicale par le Dr F_____, psychiatre. Celui-ci n'émet aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur celle-ci: trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, état anxieux d'intensité légère et fluctuante, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement en régime de substitution, et accentuations de certains traits de personnalité, à savoir immaturité et dépendance affective. La capacité de travail est théoriquement entière. Dans l'anamnèse, l'expert relève notamment que l'assuré est devenu consommateur d'abord d'alcool et de cannabis, dans un cadre festif et sans qu'une souffrance physique ou psychique initiale sous-jacente y soit associée. Actuellement, il dit avoir renoncé à la consommation de toutes les autres substances, à part le programme méthadone, ce qui paraît crédible à l'expert, l'assuré vivant dans un contexte semi-protégé chez sa mère, d'une part, et le statut clinique-psychiatrique étant nettement différent à ce qui a été décrit auparavant dans le dossier, d'autre part. Selon l'expert, il s'agit d'un homme agile et alerte, sans ralentissement psychomoteur et signes de fatigue, même si cela est en contraste avec la perception subjective. Le contact affectif s'établissait facilement, l'assuré était euthymique, sans aucune trace de tristesse, ni momentanée, ni fixée. Il n'y a par ailleurs pas d'élément en faveur d'un trouble de la personnalité. L'expert constate en outre que l'assuré est compliant pour le traitement antidépresseur. Il en déduit que si un état dépressif avait existé auparavant, il est actuellement compensé sous traitement. Il ne suit ainsi pas l'avis du médecin traitant, selon lequel l'état dépressif résiste au traitement.
21. Le 14 décembre 2012, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le droit à la rente et à des mesures professionnelles, sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr F_____.
22. Le 15 janvier 2013, l'assuré s'oppose à ce projet de décision.
23. Le 23 janvier 2013, le Dr G_____, généraliste, adresse un rapport à l'OAI, dans lequel il explique que le père de l'assuré a eu un anévrisme cérébral, alors que

ce dernier avait 4 ans. Lorsqu'il a 15 ans, son père a fait un second anévrisme avec hémiplégié, entraînant son alitement au domicile familial avec perte progressive de la parole et du toucher. L'assuré devait garder son père durant les nuits, tout en continuant l'école de commerce. C'est à ce moment qu'il a commencé à consommer du haschich, très vite en grande quantité. Cela ne le tranquillisait pas, mais provoquait plutôt des pensées paranoïaques. Après deux ans, son père est décédé au domicile et l'assuré a commencé, à l'âge de 17 ans, un travail d'abord chez X_____ à mi-temps puis chez Y_____. Très vite, il s'est mis à sniffer de l'héroïne, ce qui a entraîné la perte de son travail. Il a essayé de travailler d'abord en temporaire, puis a été placé par l'assurance-chômage. Il aurait bien aimé garder un travail, mais a échoué dans ses tentatives. En 2008, il a suivi une cure de méthadone avec des tranquillisants pour l'anxiété et la dépression. Parallèlement, il était suivi par le Dr D_____. Malgré les différents traitements, la situation ne montre pas d'amélioration et l'assuré est incapable de travailler pour de raisons psychiques. Une rente d'invalidité paraît appropriée.

24. Sur la base de l'avis médical du 12 février 2013 de la Dresse H_____ du SMR, l'OAI confirme son projet de décision précédent, en l'absence d'éléments médicaux nouveaux.
25. Selon le rapport du 4 mars 2013 adressé à l'OAI par le Dr D_____, le traitement de psychothérapie et médicamenteux n'a pas montré une évolution favorable jusqu'à présent. Quant à l'expertise du Dr F_____, celui-ci a minimisé tous les symptômes. Au contraire, le Dr D_____ constate une nette aggravation de l'état psychique depuis octobre 2011. Il confirme ainsi l'incapacité de travail totale. Enfin, il estime nécessaire qu'une autre expertise soit mise en œuvre.
26. Par acte du 18 mars 2013, 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 entière avec effet au 1^{er} janvier 2005 et au renvoi du dossier à l'intimé pour la détermination du montant de la rente et des intérêts moratoires, sous suite de dépens. Subsidièrement, il demande le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Préalablement, il requiert la comparution personnelle des parties, l'audition des médecins traitants et la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (en médecine interne, psychiatrie, neuropsychologie et/ou pharmacologie). Il reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à une instruction complète de ses atteintes et d'avoir délaissé ses affections physiques. Il relève par ailleurs que les conclusions de l'expertise du Dr F_____ sont en totale contradiction avec les constatations du médecin traitant. Le recourant critique également que l'expert ne lui a consacré qu'un seul entretien de moins de deux

heures, ce qui apparaît nettement insuffisant. L'expert a en outre choisi d'évaluer la dépression du recourant au moyen d'échelles d'évaluation qui ne sont pas classiquement utilisées par les psychiatres. Enfin, l'expertise est imprécise et l'expert n'a pas réellement cherché à déterminer l'origine primaire ou secondaire de la toxicomanie.

27. A l'appui de ces dires, le recourant annexe copie du courrier du 18 mars 2013 du Dr G_____ à son conseil. Dans cette missive, ce médecin fait état de ce que le recourant a subi, dès l'âge de 4 ans, un stress familial énorme et qu'il a voulu tout porter sur ses épaules en s'occupant de son père malade et alité au domicile jusqu'à sa mort. Dès l'âge de 15 ans, il a commencé à consommer des drogues, d'abord du haschich en grande quantité, puis de l'héroïne. Il s'agissait d'une automédication pour supporter un stress quasi permanent. Le stress ne l'a pas lâché, puisqu'il suit encore une cure de méthadone et ce depuis plusieurs années. Il n'a pu travailler que durant de courtes périodes à cause de la prise de stupéfiants. Les placements par le chômage ont également échoué, non pas par manque d'assiduité, mais en raison du stress psychique décrit par l'assuré qui l'empêchait de s'adapter et de tenir un travail dans la durée.
28. Le 25 mars 2013, la Dresse H_____ du SMR estime que le nouveau rapport du Dr D_____ ne permet pas de remettre en question l'expertise du Dr F_____ et que le médecin traitant n'a qu'une vision différente de la même situation. Selon les médecins du SMR, l'anamnèse sociale et psychiatrique de l'assurée effectuée par l'expert est complète et le rapport du Dr G_____ n'amène pas de nouveaux éléments médicaux. Quant à l'anémie, elle est traitée par substitution de fer et cette affection n'entraîne habituellement pas de symptomatologie importante en dehors d'un effort physique conséquent. Ainsi une activité d'employé de bureau est tout à fait exigible. Les problèmes thrombo-embolique du membre inférieur ne contre-indiquent pas non plus une telle activité. Du reste, le Dr G_____ ne fait état d'aucun problème somatique mais uniquement de limitations psychiatriques. Selon la Dresse A_____, les affections somatiques n'étaient pas non plus incapacitantes. S'agissant de l'origine primaire ou secondaire de la toxicomanie, le médecin du SMR constate que l'expert ne s'est pas prononcé sur cette question. Toutefois, selon la Dresse H_____, lorsqu'un assuré parvient à terminer sa formation professionnelle et à travailler dans cette activité pendant plusieurs années, on ne peut parler d'une origine primaire de la toxicomanie, même en tenant compte des difficultés familiales durant son enfance. Selon l'expert mandaté, il n'y a pas non plus de séquelles suite à la toxicomanie, étant relevé que le recourant s'occupe entièrement de sa mère malade avec qui il habite.

29. Dans son préavis du 15 avril 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, sur la base de l'avis du médecin du SMR précité. Il relève également que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour apprécier la qualité d'une expertise. Quant à la méthode d'évaluation utilisée, elle est laissée au libre arbitre de l'expert. Les rapports des médecins traitant ont en outre une valeur probante inférieure à ceux des médecins indépendants.
30. Le 30 avril 2013, la Cour informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr I _____, psychiatre. Elle leur communique également la liste des questions à l'expert judiciaire.
31. Sur la base de l'avis médical du SMR, l'intimé communique le 16 mai 2013 à la Cour qu'il n'a pas de motif de récusation à faire valoir, ni de questions complémentaires à poser.
32. Par écriture du 3 juin 2013, le recourant se rallie également au choix de l'expert et à sa mission telle que définie par la Cour.

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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007, consid. 2.2).

Le Tribunal fédéral a aussi exposé qu'en matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique est 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. Dès lors, 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. 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_395/2007, consid. 2.3 et réf. y citées, à savoir THONNEY/GAMMETER, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; Roland GAMMETER, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à

l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; SHIVANI/GOLDSMITH/ANTHENELLI, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine DAVIDSON, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88: p. 1720).

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_395/2007, consid. 2.4).

3. En l'espèce, il s'avère que l'anamnèse du Dr F_____ est manifestement incomplète, au vue des éléments apportés par le Dr G_____. Les prémisses de son expertise, selon lesquelles il n'y a "aucune problématique observée ou documentée" dans sa famille (p. 14 expertise), sont dès lors erronées. Par ailleurs, l'expertise ne permet pas de comprendre pourquoi le recourant est devenu toxicomane, les éléments relatés de son enfance et son adolescence étant sommaires. Enfin, il est difficile de comprendre pourquoi les appréciations de l'expert et des médecins traitant sont diamétralement opposées.

Cela étant, l'expertise du Dr F_____ n'emporte pas la conviction de la Cour, raison pour laquelle il est nécessaire de procéder à une expertise judiciaire psychiatrique.

4. Celle-ci sera confiée au Dr I_____.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr I_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de M. V_____.
 - 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, notamment pour procéder le cas échéant à un examen neuro-psychologique.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ?
 2. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiques diagnostiquées dans une activité d'employé de commerce ?
 3. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé ?
 4. Comment a évolué cette capacité de travail depuis janvier 2005 ?
 5. La toxicomanie a-t-elle vraisemblablement provoqué un dommage permanent ? Dans l'affirmative, quelles limitations engendrent les atteintes irréversibles et quelles sont leurs répercussions sur la capacité de travail ?
 6. Quelle est l'influence du traitement de substitution (méthadone) sur la capacité de travail ?
 7. Au cas où le traitement de substitution devait diminuer la capacité de travail, est-il exigible que le recourant devienne abstinente de ce traitement ?
 8. En cas de diminution de la capacité de travail en raison du traitement de substitution, quelle serait vraisemblablement la capacité de travail de l'expertisé sans ce traitement ?
 9. Si la capacité de travail devait être réduite en raison du traitement de substitution, quelles sont les causes de la toxicomanie in casu ?
 10. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr F_____ ?

11. Quel est votre pronostic ?

- D. Invite le Dr I_____ 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