

# **GE\_GERICHTE ATAS/242/2015 vom 1. April 2015**

GE Cour de justice, 2015-04-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_242\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_242_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/242/2015 du 1 avril 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/242/2015 del 1 aprile 2015

## **Erwägungen**

### **E. 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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le présent recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, et le recourant a qualité pour recourir. Le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA – E 5 10).

### **E. 2**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail, étant rappelé qu'il ne conteste pas la décision de l'intimé en ce qu'elle fixe son degré d'invalidité à 30% au regard de ses atteintes à la santé physique.

### **E. 4**

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

A/1466/2013 - 17/26 - 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).

### **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 6**

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). 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. A 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

A/1466/2013 - 18/26 - 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). A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

A/1466/2013 - 19/26 - 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).

## **E. 7**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

A/1466/2013 - 20/26 - qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Enfin, on rappellera que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V

193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

### **E. 8**

En l'espèce, l'intimé a considéré, sur base des rapports du SMR, que le recourant présentait, d'un point de vue psychique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ainsi que des troubles thymiques résiduels, sans effet durable sur la capacité de travail. La dépendance à l'alcool était d'origine primaire et non invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Quant à lui, le recourant a soutenu que son alcoolisme était d'origine secondaire et qu'il était totalement incapable de travailler en raison d'une dépression. Suite à l'état d'abstinence du recourant, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire. Il convient donc d'apprécier la valeur probante de ce document à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux.

### **E. 9**

a. Dans son rapport du 27 novembre 2014, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une dépendance alcoolique, en rémission précoce complète, un trouble dépressif majeur récurrent, en rémission totale, une personnalité borderline, des traits de la personnalité dépendants décompensés, et une personnalité fruste, ajoutant que ces

A/1466/2013 - 21/26 - troubles avaient valeur de maladie. Il a conclu que le recourant était en incapacité totale de travail de novembre 2010 à décembre 2013. La chambre de céans constate que cette expertise a été réalisée en pleine connaissance du dossier, après un entretien avec la psychiatre et le médecin traitant du recourant, et en tenant compte des conclusions de la neuropsychologue, également mandatée. L'expert a procédé à une anamnèse détaillée, relevant au demeurant que cette dernière s'était avérée difficile en raison de l'incapacité du recourant à fournir une biographie précise, de sa personnalité fruste et des lacunes et contradictions contenues dans le dossier. Il a mené des investigations très poussées, relaté ses observations cliniques, et commenté minutieusement chacun des diagnostics retenus, en exposant de manière claire et convaincante les éléments sur lesquels il se fondait et les motifs pour lesquels il s'écartait de l'appréciation d'autres médecins. Reste donc à examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. b. Dans son rapport du 5 décembre 2011, le SMR a retenu l'existence de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ainsi que de troubles thymiques résiduels, sans influence sur la capacité de travail. Or, l'expert a expliqué de manière convaincante que ce document était lacunaire à de nombreux égards. Non seulement il ne cherchait pas à connaître les circonstances, les causes, la gravité et la durée des épisodes dépressifs, mais il omettait également de mentionner l'importante dépression de 1989, ainsi que les liens temporels entre les décompensations thymiques et la perte des parents. En outre, les examinateurs du SMR ne s'étaient pas référés à la suicidalité qui avait motivé une hospitalisation psychiatrique d'urgence. L'expert a écarté le diagnostic de troubles thymiques résiduels au profit de celui d'épisode dépressif de gravité moyenne, voire sévère, car le status psychiatrique décrivait un assuré triste, anhédonique et aboulique, avec une vision pessimiste, ayant perdu beaucoup de poids et apparemment gêné de parler de sa vie sexuelle déficiente. Avaient également été observés une désorientation spatio-temporelle avec des problèmes de concentration, une fatigue, un manque d'élan, d'initiative et de projet

quelconque, une automédication par des doses massives d'anxiolytiques et d'alcool. Le quotidien était sombre et la vie sociale inexistante. Le Dr M\_\_\_\_\_ a expliqué que les examinateurs n'avaient pas pu se rendre compte du degré de dépendance du recourant, lequel ne s'était probablement pas exprimé en français au cours de l'entretien. Il a également souligné que le rapport du SMR mentionnait une prise quotidienne de 120mg d'anxiolit, alors que la dose maximale autorisée était de 45mg par jour. Une telle consommation hors d'un cadre hospitalier révélait une anxiété morbide et/ou un abus de calmants, mais aucun de ces diagnostics n'était posé. Dans le même sens, le rapport faisait état de plusieurs symptômes associés habituellement à l'anxiété neurovégétative, voire à un véritable trouble panique, mais cette piste avait été écartée sans examens approfondis. L'expert a clairement

A/1466/2013 - 22/26 - exposé que le rapport du SMR ne pouvait pas répondre à la question de l'origine primaire ou secondaire de l'alcoolisme puisqu'il n'avait pas établi les liens directs et étroits entre les décompensations thymiques liées à la perte des parents et les décompensations alcooliques. De même, les examinateurs n'avaient pas cherché à approfondir la blessure narcissique subie par le recourant, licencié durant le deuil de sa mère, après avoir fidèlement travaillé pour son employeur durant 26 ans. Les explications de l'expert, sérieusement motivées, apparaissent des plus convaincantes. Au surplus, la chambre de céans constate que le diagnostic de troubles thymiques résiduels posé par le SMR est également contredit par d'autres pièces du dossier, puisque le Dr D\_\_\_\_\_ (rapport du 3 juin 2011), la Dresse J\_\_\_\_\_ (rapports du 10 septembre et 7 décembre 2012), et la Dresse L\_\_\_\_\_ (rapport du 12 septembre 2013), ont retenu, à l'instar de l'expert, celui de trouble dépressif. c. Quant au rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2013, laquelle a fait état d'un syndrome de dépendance alcoolique, actuellement abstinente, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, la chambre de céans observe que ses conclusions, selon lesquelles la dépendance à l'alcool ne serait pas la conséquence d'une atteinte psychique, sont basées sur des faits erronés. En effet, elle a estimé que le recourant était dépendant à l'alcool depuis l'âge de 12 ans, alors qu'il ressort de l'anamnèse du Dr M\_\_\_\_\_ que la dépendance a commencé en 1989 seulement, soit à plus de 30 ans, suite au décès du père du recourant. De surcroît, l'expert a également souligné que ce document ne mentionnait pas la décompensation de 1989 et n'établissait pas de liens directs entre la perte des parents et les décompensations thymiques et alcooliques. Ce rapport n'est donc pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert. d. Enfin, concernant le rapport du SMR du 12 décembre 2014, il est rappelé que les Dresses K\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ reprochent en premier lieu à l'expert une certaine confusion résultant du mélange des terminologies de la nomenclature CIM-10 et DSM-IV, et en particulier le fait que la dénomination « majeur » ne donne pas d'indication sur le degré d'intensité du trouble dépressif, lequel peut être léger, moyen ou grave. Elles soutiennent ainsi que l'expert n'a pas déterminé l'intensité que ce trouble avait atteint dans le passé. Une telle argumentation ne saurait être suivie. En effet, si le Dr M\_\_\_\_\_ a effectivement qualifié le trouble dépressif de « majeur », sans préciser s'il correspondait à un degré léger, moyen ou grave, il a expressément noté qu'il avait été de « gravité importante » en 2011-2012 (rapport p. 36), qu'il avait été d'une « telle gravité que l'alcool servait d'automédication » jusqu'à l'introduction d'un traitement antidépresseur (rapport p. 38), et que l'ensemble du descriptif convergeait « vers le diagnostic d'un épisode dépressif majeur de gravité au moins moyenne sinon sévère » (rapport p. 44). Il est donc manifeste que l'expert a estimé que le trouble dépressif avait atteint un degré de gravité moyen, voire sévère.

A/1466/2013 - 23/26 - En deuxième lieu, le SMR soutient que le Dr M\_\_\_\_\_ ne précise pas si l'alcoolisme est primaire ou secondaire. Or, il ressort clairement du rapport que l'expert a conclu que l'alcoolisme était secondaire puisqu'il a relevé: « Etablir les liens directs et étroits entre les décompensations thymiques liées à la perte des parents et les décompensations alcooliques aurait permis à l'expert AI de se rendre compte de la nature secondaire du trouble alcoolique par rapport à l'état thymique majeur » (rapport p. 45). Les Dresses K\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ contestent ensuite l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail, invoquant que la neuropsychologue considérait qu'il n'y avait pas lieu de retenir des limitations de ladite ou du rendement dans les tâches simples. Cette critique tombe à faux car les conclusions de Mme N\_\_\_\_\_, laquelle a estimé que le recourant présentait une capacité de travail médico-théorique de 70%, mais qu'il n'était pas à même de chercher un emploi dans l'économie du marché par lui-même compte tenu de son comportement régressé, sont reprises par l'expert (rapport p. 14 et 42). Les Dresses K\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ relèvent encore que les éléments retenus par le Dr M\_\_\_\_\_ à l'appui du diagnostic de trouble de la personnalité borderline et de traits de personnalité dépendants et décompensés sont peu spécifiques et insuffisants pour remplir les critères d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Elles ajoutent que ces diagnostics n'ont jamais été évoqués par les psychiatres traitants et que la stabilité professionnelle et affective parlait clairement en défaveur d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Selon elles, le trouble alcoolique est primaire, le recourant ne présente pas de grave problématique psychique en dehors de la problématique alcoolique, le trouble dépressif est apparu après la rechute et sa rémission se maintient à la faveur de l'abstinence et non d'un traitement antidépresseur. La chambre de céans rappelle toutefois que l'expert a dûment motivé les raisons pour lesquelles il retenait l'existence d'un trouble de la personnalité, lequel était responsable des décompensations thymiques majeures lors de la perte des parents et de la probable augmentation significative de la consommation alcoolique dans un but d'automédication. Le Dr M\_\_\_\_\_ a exposé que le fait d'avoir maintenu une consommation alcoolique faible pendant des années, de l'ordre de deux verres par jour, n'avait jamais constitué un handicap fonctionnel dans la vie du recourant qui avait pu conserver son emploi stable. L'hypothèse la plus probable était que la survenue de troubles affectifs majeurs était indépendante de la prise d'alcool et liée à la perte des parents et à la perte de l'emploi en ce qui concernait l'épisode actuel. A son tour, la consommation d'alcool s'était aggravée suite à l'apparition de troubles affectifs majeurs. Si l'abstinence avait eu un impact positif, elle n'avait pas pu être obtenue sans une stabilisation thymique par un traitement antidépresseur, introduit en 2012. Les conclusions de l'expert résultent d'un examen complet du dossier et ont été émises après des consiliums avec les médecins traitants. L'opinion divergente du SMR

A/1466/2013 - 24/26 - n'est pas susceptible de mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, dont les explications apparaissent des plus convaincantes. e. La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du rapport d'expertise, auquel elle reconnaît une pleine valeur probante.

## **E. 10**

Partant, il y a lieu de conclure que le recourant, dont le degré d'invalidité a été fixé à 30% en raison de ses troubles somatiques, était en outre totalement incapable de travailler pour des raisons psychiques, de novembre 2010 à décembre 2013. Le recourant a donc droit à une rente entière d'invalidité. L'incapacité totale de travail a débuté le 8 décembre 2009 en

raison des atteintes somatiques et le délai de carence est arrivé à échéance le 8 décembre 2010. La demande de prestations a été déposée le 7 septembre 2010 et le délai de six mois a échu le 7 mars 2011, date à laquelle le recourant présentait, en sus de ses limitations physiques, une totale incapacité de travail en raison de son état de santé psychique. Ainsi, le droit à la rente prend naissance dès le 1er mars 2011, soit au début du mois au cours duquel le droit a pris naissance. Le recours doit être admis et la décision attaquée être annulée, au sens des considérants. La cause sera renvoyée à l'intimé pour le calcul de la rente d'invalidité.

#### **E. 11**

Il importe toutefois de rappeler que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue le 21 mars 2013, de sorte que les faits survenus postérieurement, et plus particulièrement l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant à compter du 1er janvier 2014, n'ont pas à être pris et ne sont donc pas pris en considération par la chambre de céans (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 ; ATF 99 V 102 et les arrêts cités). Cette dernière ne peut exclure qu'il y ait un motif de révision de la situation du recourant à partir de janvier 2014. Mais il ne lui appartient, dans le cadre du présent recours, ni de l'affirmer ni de le nier, de même qu'il ne lui appartient pas non plus de déterminer si, le cas échéant, conjointement à une révision, l'octroi de mesures d'ordre professionnel devrait être envisagé. Elle rappelle simplement que l'expert a émis une importante réserve quant à la mise en valeur d'une capacité de travail retrouvée du recourant eu égard à l'amélioration de son état de santé psychique, puisqu'il a estimé qu'il était impossible au recourant « de pouvoir postuler de manière efficace pour un quelconque emploi dans l'économie » et qu'en l'absence d'une aide au placement octroyée par l'intimé, il ne disposait « d'aucune capacité de travail dans l'économie de marché », en plus qu'il recherchait des emplois inadaptés et n'avait pas réellement conscience de ses limitations (rapport p. 42).

A/1466/2013 - 25/26 -

#### **E. 12**

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.-.

A/1466/2013 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.