

# **GE\_GERICHTE ATAS/726/2015 vom 29. September 2015**

GE Cour de justice, 2015-09-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_726\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_726_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/726/2015 du 29 septembre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/726/2015 del 29 settembre 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

A/3356/2014 - 8/16 - 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.

### **E. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 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.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et/ou des mesures d'ordre professionnel et singulièrement sur le caractère invalidant de ses atteintes (dépendance à l'alcool et état dépressif).

### **E. 5**

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 1er janvier 2008).

## E. 6

a. 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. 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).

A/3356/2014 - 9/16 - b. 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6; arrêt du Tribunal fédéral I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3) Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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; 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). c/aa. 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). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance de l'assuré constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée (arrêt du Tribunal

fédéral no 9C\_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3). c/bb. 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

A/3356/2014 - 10/16 - 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). c/cc. 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). c/dd. L'existence d'une comorbidité psychiatrique, dont le diagnostic a été posé *lege artis*, 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 faire de distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

## **E. 7**

a. 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

A/3356/2014 - 11/16 - 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). b. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

A/3356/2014 - 12/16 - p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). d. 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, pour que la dépendance à l'alcool du recourant constitue une invalidité, elle doit avoir provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à sa capacité de gain ou résulter d'une telle atteinte. Pour répondre à cette question, l'OAI a mandaté le Dr I\_\_\_\_\_ pour expertise. Se fondant sur son rapport du 14 avril 2014, l'intimé a nié le droit du recourant à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise précité. a/aa. Sur le plan formel, l'expertise du 14 avril 2014 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues par le Dr I\_\_\_\_\_ résultent d'une analyse complète de la situation médicale. Le rapport en question contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques ainsi que, pour finir, une discussion générale du cas. Sur le plan formel, le recourant reproche tout d'abord au Dr I\_\_\_\_\_ de ne l'avoir vu qu'à une seule reprise pendant 25 minutes. Cela ne suffit cependant pas pour remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise. En effet, la durée de l'entretien avec l'expert n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité d'un rapport d'expertise, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_210/2007 du 21 février 2008, consid. 3.2.1 et I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Par ailleurs, l'expert disposait, en sus de l'examen stricto sensu, des documents médicaux établis jusqu'alors par les médecins du recourant, de sorte qu'il a été en mesure de poser

A/3356/2014 - 13/16 - un diagnostic qui ne se basait pas sur une unique observation momentanée (voir dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral I 292/06 du 3 juillet 2007 consid. 3.2). Le recourant considère ensuite que le Dr I\_\_\_\_\_ ne l'a pas écouté attentivement ou a mal interprété ses explications, dans la mesure où le médecin précité a considéré qu'il n'était plus suivi. Or, force est de constater, dans ce contexte, que les Drs H\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ne sont pas spécialisés en psychiatrie et que l'infirmier n'est à l'évidence pas médecin. Par conséquent, c'est à juste titre que le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant ne faisait l'objet d'aucun suivi psychiatrique. D'ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ était du même avis, dès lors qu'il a indiqué dans son rapport du 1er mars 2013 que le recourant n'était plus pris en charge sur le plan psychique. Par conséquent, eu égard à ce qui précède, il n'y a aucune raison d'écarter l'expertise du dossier pour des motifs formels. a/bb. Cela étant précisé, il convient encore d'examiner l'expertise sous l'angle matériel. Sur le fond, le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré avait commencé à boire à 16 ans et qu'il en était devenu dépendant, sans avoir initié de sevrage. Malgré cette dépendance, devenue problématique depuis une dizaine d'années, l'assuré avait été en mesure de travailler pendant presque 21 ans dans une banque privée genevoise. Pour le Dr I\_\_\_\_\_, la dépendance était primaire et non secondaire à une maladie ou à un trouble de la personnalité décompensé. Par ailleurs, cette dépendance n'avait pas provoqué de séquelles irréversibles, une atteinte à la santé psychique ou des lésions cérébrales. Il n'y avait pas non plus de syndrome de Korsakoff ou d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Fort de ces constatations, le Dr I\_\_\_\_\_ n'a retenu qu'un diagnostic, celui de troubles mentaux et

troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25), cette atteinte étant toutefois sans effet sur la capacité de travail. Pour l'expert, il était toutefois fort probable que, selon la consommation d'alcool, l'assuré avait passé ou pouvait passer par des périodes dépressives. En d'autres termes, l'expert a considéré que les périodes dépressives qu'a connues l'assuré étaient secondaires à la consommation abusive d'alcool. Ainsi, conformément à la jurisprudence fédérale (voir consid. 6.d supra), il n'a pas posé de diagnostic autonome, se contentant de retenir le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25), sans effet sur la capacité de travail du recourant. Le recourant conteste le bien-fondé des conclusions de l'expertise, rappelant notamment que l'alcool faisait partie de sa vie depuis toujours, ayant débuté lors de son apprentissage et empirant à chaque événement négatif de sa vie. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui

A/3356/2014 - 14/16 - justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, dans le cas d'espèce, le recourant n'a pas mentionné de tels éléments, puisqu'il s'est limité, pour l'essentiel, à faire part de son désaccord avec l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_. b. Reste 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/aa. En premier lieu, il sied de rappeler 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). Cela étant précisé, force est en outre de constater que les Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne sont pas psychiatres. Les diagnostics qu'ils ont posés ne peuvent être retenus pour se prononcer sur l'existence d'une atteinte à la santé psychique du recourant (voir consid. 6.c supra). b/bb. Force est ensuite de constater que tant le Dr H\_\_\_\_\_ que le Dr E\_\_\_\_\_ partagent l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_ s'agissant de la question de l'apparition de l'alcoolisme du recourant. En effet, selon le rapport non daté du Dr H\_\_\_\_\_, mais établi au mois de mars 2013, la dépendance à l'alcool existe depuis 1995 alors que l'état dépressif n'est apparu qu'en 2011. Pour sa part, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé, dans son rapport du 1er mars 2013, que le recourant lui avait été adressé en raison d'une alcoolodépendance ayant entraîné un syndrome dépressif important, entraînant lui-même des alcoolisations itératives, lesquelles engendrent une aggravation de la dépression. En d'autres termes, les deux médecins traitants du recourant admettent que l'alcoolodépendance est antérieure aux états dépressifs et qu'elle ne résulte dès lors pas de ceux-ci. Les avis des médecins traitants du recourant rejoignent également celui de l'expert en ce qui concerne les troubles psychiques. En effet, pour le Dr H\_\_\_\_\_, l'état dépressif du recourant était sans effet sur la capacité de travail et ne justifiaient pas de prise en charge psychiatrique. Dans le même ordre d'idées, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué qu'un sevrage permettrait de diminuer la dépression dont souffre le recourant et d'augmenter l'énergie pour lui permettre d'être à nouveau capable d'exercer une activité professionnelle (voir rapport initial du Dr E\_\_\_\_\_ du 1er mars 2013). En d'autres termes, le Dr E\_\_\_\_\_ a décrit des troubles psychiques induits, soit secondaires à la prise d'alcool, lesquels devraient s'amender avec l'arrêt de la consommation. Ainsi, pour les médecins traitants de l'assuré, l'alcoolisme du recourant n'avait pas non plus entraîné d'atteinte à la santé psychique

susceptible de constituer une invalidité. b/cc. Enfin, s'agissant des avis des médecins traitants postérieurs au projet de l'OAI, force est de constater qu'ils ne critiquent pas les conclusions de l'expert. En

A/3356/2014 - 15/16 - outre, ils n'expliquent pas en quoi la situation du recourant se serait péjorée depuis l'expertise. Ils ne sont par conséquent pas susceptibles de remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du 14 avril 2014. c. Dans tous les cas, les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ sont corroborées par le fait que la dépendance à l'alcool du recourant existe depuis longtemps et que pour autant, elle ne l'a pas empêché d'achever normalement sa scolarité obligatoire, d'accomplir un apprentissage dans le domaine de la gestion et de travailler pendant 21 ans auprès d'un même employeur (voir dans le même sens, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_51/2007 du 29 octobre 2007). d. En conclusion, eu égard à ce qui précède, il y a lieu de reconnaître à l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante, que les appréciations des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en question. La chambre de céans est consciente que le recourant a connu des moments de vie difficiles, moments qui ont pu expliquer une certaine consommation d'alcool. Ces moments ne valent cependant pas troubles psychiques et ne justifient pas, partant, que l'on considère qu'il s'agisse d'une alcool-dépendance secondaire à des troubles psychiques. Par conséquent, la dépendance à l'alcool du recourant doit être qualifiée de primaire (voir arrêt du Tribunal fédéral no 9C\_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3), ce qui n'est pas suffisant, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour admettre une invalidité. En outre, les états dépressifs du recourant ont été induits par la consommation d'alcool, de sorte qu'ils ne constituent pas une atteinte autonome susceptible de constituer une invalidité.

#### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

#### **E. 10**

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/3356/2014 - 16/16 - 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.