

# GE\_GERICHTE A/1445/2016 vom 22. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1445\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1445_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1445/2016 du 22 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1445/2016 del 22 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES (CCSI) recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, d'origine portugaise, au bénéfice d'un permis C depuis 2015, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse le 28 février 2008. Il a travaillé depuis le 14 avril 2008 à plein temps auprès de B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'employeur) en qualité de maçon. 2. À compter du 3 mars 2009, l'assuré a été en incapacité de travail totale en raison d'un diagnostic de coxarthrose gauche évoluée sur fond de dysplasie coxo-fémorale. 3. Le 28 mai 2009, l'assuré a bénéficié d'une arthroplastie totale de la hanche gauche. 4. Depuis cette opération, l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. 5. Le 18 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OAI). 6. Selon la déclaration de l'employeur du 27 août 2009, l'assuré percevait un salaire horaire brut de CHF 26.-, treizième salaire inclus, pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures. 7. Mandaté par l'assurance perte de gain maladie en vue d'une expertise de l'appareil locomoteur, dans un rapport du 11 janvier 2010, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a retenu deux diagnostics, soit la coxopathie par dysplasie des hanches bilatérales prédominant à gauche et l'éthylisme chronique. Le premier, à l'inverse du second, avait une répercussion sur la capacité de travail. La poursuite de l'activité habituelle en tant que maçon n'était plus envisageable. Une reprise du travail dans une activité adaptée devait être possible à mi-temps au moins « d'ici un à deux mois ». 8. Dans un complément de rapport du 16 août 2010, établi à la demande de l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a répété que la poursuite de l'activité habituelle n'était plus envisageable. À compter du 1 er mai 2010, l'assuré présentait toutefois une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : le port de charges lourdes au-delà de 20 kg, les positions assise-debout ou accroupie-debout répétitives, le travail en position à quatre pattes, l'escalade d'échafaudage ou d'échelle. 9. Par avis du 15 septembre 2010, se basant notamment sur les deux rapports précités, le service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a fait sienne les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr C\_\_\_\_\_, et a ajouté « inapte efforts ». Le SMR a également retenu les diagnostics posés par l'expert et a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis le 3 mars 2009. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en revanche, la capacité de travail était évaluée à 50% dès le 1 er mars 2010 et à 100% dès le 1 er mai 2010. 10. Par décision du 26 septembre 2011, lui ayant reconnu le statut de personne active, relevant qu'avant son

atteinte à la santé, l'assuré travaillait à plein temps, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR précité, a refusé de lui allouer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, le degré d'invalidité ayant été évalué du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2010 à 38.66%, et dès le 1<sup>er</sup> mai 2010 à 0%, soit en-dessous de 40%. L'assuré n'a pas recouru. !endif>[if> 10. Par décision du 18 janvier 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations du 31 octobre 2011. L'assuré n'a pas recouru. !endif>[if> 11. Le 9 janvier 2013, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations à l'OAI. !endif>[if> 12. Dans le cadre de cette nouvelle demande, ont été versées au dossier les pièces suivantes : !endif>[if> - un courrier du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, du 18 octobre 2012, selon lequel les examens médicaux réalisés n'excluaient pas une atteinte de type inflammatoire au niveau de la tige prothétique et un descellement à cet endroit; !endif>[if> - un courrier du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 30 octobre 2012 adressé au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel le premier demandait au second de bien vouloir convoquer l'assuré pour la suite de la prise en charge, compte tenu des douleurs persistantes de la hanche et de deux interventions déjà réalisées avec une évolution plutôt défavorable ; !endif>[if> - un certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2012 attestant une incapacité de travail totale à compter du 4 septembre 2012 pour une durée indéterminée ; !endif>[if> - un courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2013 dans lequel celui-ci répétait le résultat des examens médicaux effectués fin 2012. Dans l'attente d'une consultation par le Dr F\_\_\_\_\_, l'assuré présentait toujours une incapacité de travail totale dans toute activité. !endif>[if> 13. Par avis du 15 avril 2013, le SMR a noté que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé en lien avec la prothèse de la hanche. Le SMR s'est basé en particulier sur le courrier du Dr F\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013, aux termes duquel un changement de la prothèse était proposé à l'assuré, les images scannographiques montrant un descellement de cupule. !endif>[if> 14. Le 31 octobre 2013, l'assuré a été opéré en vue du remplacement de la prothèse. La lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 8 novembre 2013 certifiait une incapacité de travail totale à compter de la date de l'intervention chirurgicale jusqu'au 9 décembre 2013 inclus. !endif>[if> 15. À compter du 16 avril 2014, l'assuré a subi une chimio-radiothérapie en raison d'un cancer de la gorge, ce qui a également entraîné une incapacité de travail totale dès cette date pour une durée indéterminée. !endif>[if> 16. Dans un rapport du 26 mai 2014, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste en radio-oncologie et radiothérapie, a indiqué que la radio-chimiothérapie provoquait une asthénie. L'assuré pouvait travailler à 50%, sans préciser toutefois à partir de quand. !endif>[if> 17. Dans un rapport du 21 juillet 2014, la Dresse G\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Ce dernier pouvait reprendre dès que possible un travail (sans préciser le taux d'activité) adapté à ses capacités physiques, lesquelles restaient à évaluer. !endif>[if> 18. Le 23 juillet 2014, l'assuré a par ailleurs subi une cholécystectomie laparoscopique (en vue de l'ablation de la vésicule biliaire). Dans la lettre de sortie des HUG du 21 août 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale et digestive, a écrit que l'assuré avait augmenté sa consommation d'alcool ces derniers temps et qu'il devait arrêter de boire, au vu de la présence d'une stéatose hépatique macrovacuolaire déjà marquée. En relation avec cette atteinte, une incapacité de travail totale était attestée du 23 juillet au 10 août 2014, l'assuré pouvant reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 11 août 2014. !endif>[if> 19. Par courrier du 24 juillet 2014, à neuf mois du changement de la prothèse, le

Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était favorable mais que l'assuré garderait probablement une insuffisance de ses fessiers, souffrant de douleurs persistantes à ce niveau-là. Au vu de ce constat, l'assuré ne pouvait plus reprendre son travail antérieur. 20. Dans un rapport du 9 mars 2015, date du dernier examen médical, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin interne à cette époque au département de chirurgie des HUG, a relevé que l'état de santé de l'assuré en ce qui concernait sa hanche gauche s'était amélioré depuis 2013. Une capacité de travail entière dans un poste adapté était possible où l'assuré pourrait effectuer un travail manuel léger. 21. Dans un avis du 28 octobre 2015, le SMR a rappelé les limitations fonctionnelles décrites dans son avis du 15 septembre 2010, ainsi que les diagnostics posés par les divers médecins ayant examiné l'assuré depuis 2013 s'agissant du problème de la hanche, du cancer de la gorge et de la cholécystectomie laparoscopique. Se basant sur les rapports desdits médecins, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis 2013. Il a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées à 50% dès le 9 mars 2015, compte tenu des effets secondaires de la chimio-radiothérapie et de la persistance d'une asthénie. La situation devait être réévaluée en avril 2016, soit deux ans post-chimiothérapie. Une dépendance à l'alcool étant par ailleurs diagnostiquée, le SMR proposait d'exiger un suivi en addictologie. 22. Par décision du 7 avril 2016, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 10 décembre 2015. Se fondant sur l'avis du SMR précité, il a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité habituelle depuis janvier 2013. À compter du 9 mars 2015, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée. L'OAI a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'assuré présentait une incapacité de gain de 100%, et lui a octroyé une rente entière à compter de cette date jusqu'au 30 juin 2015, puis un quart de rente. L'OAI a retenu un revenu annuel sans invalidité de CHF 56'207.- (soit un revenu annuel de CHF 54'080.- selon les données communiquées par l'employeur le 27 août 2009, réactualisé en 2014). L'OAI a arrêté le revenu annuel avec invalidité à CHF 29'759.- (Enquête Suisse sur la Structure des Salaires 2012 (ci-après : ESS), tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, total, indexé à l'année 2014, réduction de moitié compte tenu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, et abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation). Par une comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 47% dès le 9 mars 2015. L'OAI a refusé les mesures professionnelles, celles-ci n'étant pas de nature à diminuer le dommage. Enfin, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que, selon l'avis du SMR, un traitement médical spécialisé était indiqué contre son addiction à l'alcool, et qu'il était raisonnablement exigible qu'il s'y soumette en vue de réduire son dommage. L'assuré allait ultérieurement recevoir des informations complémentaires à cet égard. 23. Par courrier du 11 avril 2016, l'OAI a confirmé qu'il exigeait de l'assuré qu'il suive régulièrement un traitement médical adéquat afin de contribuer à la diminution du dommage. 24. Par acte du 6 mai 2016, l'assuré, représenté par CCSI, a formé recours contre la décision. Il concluait à l'octroi d'un trois quarts de rente, étant précisé qu'il ne contestait pas le droit à une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 juin 2015, ainsi qu'à l'annulation de l'injonction de se soumettre à un traitement contre son alcoolisme. Le recourant ne remettait pas en cause le revenu sans invalidité arrêté par l'intimé à CHF 56'207.-. Il alléguait par contre que le revenu avec invalidité évalué à CHF 29'759.- était incorrect. Il exposait à cet égard que le Dr I\_\_\_\_\_ avait indiqué que, faute de pouvoir réaliser une tâche physique, il pouvait uniquement effectuer

un travail manuel léger en raison de son problème de la hanche. Par conséquent, les limitations fonctionnelles étaient plus importantes actuellement que celles retenues pour l'évaluation de l'invalidité lors de la première décision de l'intimé en 2011, de sorte que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur la statistique salariale comprenant tous les types d'activités. Ce dernier devait prendre en compte le salaire annuel à Genève en 2016 dans l'industrie légère, sans qualification professionnelle avec moins d'une année d'expérience professionnelle, à savoir CHF 50'050.-, ce qui correspondait au salaire annuel indiqué sur la grille 2016 des salaires minimum de la convention collective de travail entre l'Union industrielle genevoise et Unia du 3 décembre 2015. Ce montant était réduit de moitié au vu de la capacité de travail à temps partiel, soit CHF 25'025.-, montant auquel il fallait retrancher 25% en raison de nombreuses limitations fonctionnelles et de la capacité à n'exercer qu'une activité à 50%. Ainsi, le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 18'768.75, et, en conséquence, la perte de gain à CHF 37'438.25. Le degré d'invalidité étant de 66.60%, il aurait droit à un trois quarts de rente. S'agissant de l'obligation de suivre un traitement médical contre l'addiction à l'alcool, le recourant soutenait, d'une part, que l'intimé n'avait reconnu aucune incapacité de travail liée à cette addiction. D'autre part, seul un traitement librement consenti pouvait porter ses fruits à long terme. 25. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il faisait valoir, jurisprudence à l'appui, que pour déterminer le revenu d'invalidité, il convenait, à défaut d'un revenu effectivement réalisé, de se référer au salaire statistique tel qu'il résultait de l'ESS. Cette valeur statistique était suffisamment représentative de ce que le recourant, invalide, serait en mesure de réaliser dès lors qu'elle recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées dans un marché équilibré du travail, n'impliquant pas de formation particulière, et adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Ainsi, celui-ci ne pouvait se fonder sur la convention collective de travail tenant compte des salaires pratiqués dans le canton de Genève. En ce qui concernait l'injonction de se soumettre à un traitement spécialisé de sevrage alcoolique, l'intimé, se basant sur la lettre de sortie des HUG du 21 août 2014, soulignait qu'afin de réduire le dommage, cette mesure, qui ne présentait pas de risque pour la santé du recourant, et était, par ailleurs, de nature à éviter une aggravation de son état de santé, telle qu'une cirrhose du foie, était raisonnablement exigible. 26. Invité à faire part de ses éventuelles observations, le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai qui lui a été imparti. 27. Par courrier du 24 août 2016, la chambre de céans s'est enquis auprès du Dr H\_\_\_\_\_ quant à l'interaction entre l'éthylisme chronique et la stéatose hépatique macrovacuolaire, et aux répercussions sur la capacité de travail du recourant si celui-ci n'arrêtait pas de boire. Par téléphone du 16 novembre 2016, ce praticien a informé la chambre de céans qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions posées, n'étant pas un hépatologue. Il a néanmoins souligné que, selon lui, la cessation de la consommation d'alcool « arrêterait la détérioration du foie » (note de greffe du 16 novembre 2016). 28. Copie de cette note de greffe a été communiquée aux parties, et la cause 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<sup>er</sup> 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. 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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). 3. En l'espèce, les faits déterminants remontent à 2013, voire à 2009, et la décision querellée du 7 avril 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations d'invalidité doit donc être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> révision et la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer 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). 4. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA). 5. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut être mis au bénéfice d'un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015, et si l'intimé peut l'obliger à suivre un traitement contre son addiction à l'alcool. 6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral I.520/05 du 28 décembre 2006 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I.554/06 du 21 août 2006 consid. 3). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet

2006 consid. 4.1).! [endif]>! [if> 7. 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<sup>er</sup> janvier 2008). ! [endif]>! [if> 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). 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). ! [endif]>! [if> 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 9. 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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). En l'espèce, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 juin 2015, puis l'a réduite à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Il convient donc d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important justifiant cette réduction. L'intimé, se référant à l'avis du SMR du 28 octobre 2015, a retenu deux diagnostics invalidants, soit les douleurs de la hanche et le cancer de la gorge. Selon l'intimé, le recourant présentait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis janvier 2013. À compter du 9 mars 2015, en revanche, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant ne conteste pas les conclusions de l'avis du SMR précité, lequel se base sur les rapports – non contradictoires – des médecins l'ayant examiné en raison des douleurs de la hanche, du cancer de la gorge et de l'ablation de la vésicule biliaire. Par conséquent, il y lieu de retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter du 9 mars 2015. L'état de santé du recourant s'est donc amélioré dès cette date, ce qui justifie une révision.

11. a. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant. L'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Il convient par conséquent de procéder à une nouvelle comparaison des revenus chaque fois qu'il est admis qu'un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité est survenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_522/2011 du 8 février 2012 consid. 4.2). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid.

3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Cela dit, il convient de relever que les rétributions fixées par les conventions collectives de travail sont sensiblement inférieures aux salaires moyens usuels dans une branche, de sorte que seuls ceux-ci sont représentatifs pour établir le revenu déterminant (arrêt du Tribunal fédéral U.63/06 du 7 mars 2007 consid. 3.3.1 et les références citées). d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 12. a. En l'espèce, comme indiqué précédemment, il n'est pas contesté que l'incapacité de travail dans toute activité s'est maintenue jusqu'au 9 mars 2015, date à compter de laquelle la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En conséquence, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remontait à mars 2015, il convient de se placer en 2015 pour procéder à la comparaison des revenus, et non en 2014 comme retenu à tort par l'intimé. b. Il y a lieu de se référer aux données communiquées par l'employeur en août 2009 pour déterminer le revenu sans invalidité, ce que le recourant ne conteste pas. Celui-ci percevait un salaire horaire brut de CHF 26.-, complété par un treizième salaire. Le salaire annuel s'élève donc à CHF 54'080.-. Réactualisé à 2015 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2009 : 2136 et en 2015 : 2226), ce revenu est de CHF 56'359.-

(54'080 × 2226/ 2136). c. Le recourant conteste l'application de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité, au motif que celle-ci comprend tous les types d'activités, alors qu'il peut uniquement effectuer un travail manuel léger. C'est toutefois à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant de l'ESS, et non sur une convention collective de travail, comme le soutient le recourant, dès lors que celui-ci n'a pas repris d'activité lucrative. Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Vu le large éventail d'activités que cette catégorie d'emplois recouvre, il y a en effet lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à l'état de santé du recourant. D'après l'ESS 2014, ce revenu s'élève à CHF 5'312.- par mois (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, total, homme, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise) ou à CHF 63'744.- par année (5'312 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014, lequel est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'453.- pour un plein temps (63'744 × 41.7/ 40). Réactualisé à 2015 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2014 : 2220 et en 2015 : 2226), le revenu avec invalidité est de CHF 33'316.- au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 50% ([66'453 × 2226/ 2220]/ 2). d. L'intimé a opéré un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Le recourant conteste ledit abattement, considérant qu'en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de sa capacité à n'exercer qu'une activité à 50%, il devrait être porté à 25%. La chambre de céans relève que l'abattement de 10% fixé par l'intimé tient déjà compte des limitations fonctionnelles retenues et du taux d'occupation de 50%. L'âge, la nationalité, les années de service auprès de l'ancien employeur ne constituent pas, dans le cas du recourant, des éléments susceptibles d'avoir un effet sur le montant du salaire que celui-ci pourrait prétendre sur le marché du travail. Il est en effet encore jeune (46 ans en 2015) et titulaire d'un permis C – étant relevé à cet égard que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Au moment de son accident, il travaillait pour son employeur depuis moins d'un an, ce qui n'est pas une durée assez longue afin de pouvoir bénéficier de conditions particulières liées à l'ancienneté. Pour ce qui est du facteur « seule une activité légère est possible », l'intimé s'est contenté de dire qu'il ne peut entraîner une réduction supplémentaire, sans pour autant motiver sa position. Le SMR et l'intimé se sont basés notamment sur le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 9 mars 2015 pour considérer que c'est à compter de cette date que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, qui selon ce médecin, doit consister en un travail manuel léger. On relèvera, quant à l'étendue de la réduction, que le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15%, s'agissant d'un assuré présentant notamment des limitations fonctionnelles sous forme de travail de type semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges excessives et permettant de varier les positions, et pour lequel seul l'exercice d'une activité légère restait possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 3.1 et 5). Notre Haute Cour a également confirmé un abattement de 15% s'agissant d'un assuré pouvant exercer uniquement une activité légère et disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.3, 4.4 et 4.5). Compte tenu de la capacité limitée du recourant pour des

travaux légers, de son absence prolongée du marché du travail (soit 7 ans depuis mai 2009), auxquels s'ajoutent encore les critères retenus par l'intimé, diminuant de manière déterminante les perspectives salariales du recourant, une déduction de 15% apparaît plus appropriée. Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à CHF 28'319.- (33'316 – 4'997). e. Partant, le degré d'invalidité du recourant est de 49.75% ( $(56'359 - 28'319) / 56'359 \times 100$ ), arrondi à 50%, taux donnant droit à une demi-rente. Par conséquent, en tant qu'elle octroie un quart de rente, la décision querellée devra être annulée. 13. a. Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées. b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. c. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGGA (arrêt du Tribunal fédéral I.806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. d. Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. e. En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 136 V 45 consid. 6.2.). 14. En l'occurrence, la chambre de céans relève que le recourant présentait une incapacité de travail totale, non pas depuis janvier 2013 comme retenu par l'intimé, mais depuis le 4 septembre 2012, comme l'atteste le Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 décembre 2012. L'incapacité de travail totale dans toute activité était toujours présente au 30 janvier 2013 selon ce spécialiste (courrier du 30 janvier 2013). On retiendra donc que le recourant était incapable de travailler à 100% du 4 septembre 2012 au 8 mars 2015 dans toute activité envisagée, et à 50% à compter du 9 mars 2015 dans une activité adaptée. Le délai d'attente d'un an est, par conséquent, arrivé à échéance le 4 septembre 2013. La demande de prestations du recourant ayant été déposée le 9 janvier 2013, la condition prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, subordonnant la naissance du droit à la rente à l'échéance d'un délai de six mois depuis le dépôt de la demande, est remplie à l'expiration du délai de carence d'une année selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit en septembre 2013. Il s'ensuit que, comme l'a retenu à juste titre l'intimé, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière, ce dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 (art. 29 al. 3 LAI). Partant,

l'intimé a, à tort, fixé le début du droit à la rente entière d'invalidité au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015, en revanche, le recourant sera mis au bénéfice d'une demi-rente (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 9 mars 2015). En conséquence, la décision querellée, en tant qu'elle retient le versement du droit à la rente entière au 1<sup>er</sup> janvier 2014, sera annulée. 15. a. Le recourant conclut à l'annulation de l'injonction de se soumettre à un traitement contre son addiction à l'alcool.!

b. La chambre de céans observe, à titre liminaire, que le dispositif de la décision querellée ne contient pas l'obligation pour le recourant de se soumettre à un traitement spécialisé contre son addiction à l'alcool. Ladite décision se limite à attirer l'attention du recourant sur ce point, étant précisé que l'intimé allait lui fournir ultérieurement des informations détaillées à cet égard. Celles-ci ont été communiquées le 11 avril 2016, avec une injonction à suivre régulièrement un traitement médical contre l'alcoolisme. Il convient dès lors de déterminer, au préalable, si le courrier du 11 avril 2016 est une décision contre laquelle le recourant a formé recours en temps utile, et partant, si la chambre de céans peut se prononcer sur cette dernière conclusion. !

c. Au sens de l'art. 4 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), sont considérées comme des décisions les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal, communal et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations. !

! Selon l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2). d.

En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut statuer que sur des points que l'autorité inférieure a examinés. Ainsi, l'objet du litige ne peut s'étendre à des éléments qui ne sont pas compris dans l'objet du recours. Il s'ensuit que l'autorité de recours ne peut examiner et juger, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement au fond ne peut pas être prononcé. C'est pourquoi les conclusions qui vont au-delà de l'objet du litige sont irrecevables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 2C\_669/2008 du 8 décembre 2008 consid. 4.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral B-8243/2007 du 20 mai 2008 consid. 1.4 et les références citées; Ulric MEYER/Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure administrative, in : Mélanges Pierre MOOR, Berne 2005, p. 439).!

! Cependant, pour autant que le permettent les dispositions légales, la procédure doit être menée par l'autorité de manière la plus raisonnable possible, en évitant des pertes de temps inutiles, des actes sans portée réelle, ou en facilitant le cheminement ordonné des opérations. Elle doit être, en ce sens, économique: rapide sans être expéditive. L'économie de procédure est une maxime dans la gestion de la justice, et non pas un impératif de l'ordre juridique - contrairement à la prohibition du retard à statuer - bien qu'elle soit en relation avec le devoir de célérité (Pierre MOOR, Droit administratif, volume II, p. 233 ; ATAS/ 1130/2011 du 28 novembre 2011 consid. 4). 16. En l'espèce, même si dans le dispositif de sa décision,

l'intimé ne se prononce pas sur l'obligation pour le recourant de se soumettre à un traitement médical contre son éthyliisme, le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue sous la forme d'une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA n'est pas compatible avec le droit des parties à un traitement rapide de leur cause en lien avec le principe de l'économie de procédure. L'intimé a expliqué de façon détaillée dans le courrier du 11 avril 2016, ainsi qu'en cours d'instance (dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2016) les raisons pour lesquelles il exige du recourant le suivi régulier d'un traitement médical spécialisé contre la consommation de l'alcool. Il s'ensuit que sa position sur le bien-fondé de cette mesure est connue et que l'intimé ne changerait pas sa position s'il était invité à rendre une décision formelle. De surcroît, l'injonction formelle de se soumettre à tel traitement, formulée pour la première fois dans le courrier du 11 avril 2016, touche la situation individuelle et concrète du recourant, lequel se voit imposer une obligation. Ledit courrier devrait donc être assimilé à une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA, quand bien même il n'indique pas les voies de droit. Les parties ont pris position dans leurs mémoires respectifs quant à cette injonction, étant rappelé, au surplus, qu'en concluant à son annulation dans son recours du 6 mai 2016, le recourant s'est prononcé en temps utile à cet égard, dans la mesure où, à supposer qu'il ait reçu le courrier le 12 avril 2016, il disposait à tout le moins d'un délai jusqu'au 12 mai 2016 pour agir. Sur le vu de ce qui précède et en application du principe de l'économie de procédure, la chambre de céans peut entrer en matière sur la conclusion du recourant visant à l'annulation de l'injonction de suivre un traitement contre son addiction à l'alcool. 17. a. L'art. 7 al. 1 LAI dispose que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Cette disposition consacre le principe de la réadaptation par soi-même qui est l'expression de l'obligation pour l'assuré de faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les effets de son invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2), étant précisé que les mesures qui peuvent être exigées d'un assuré doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (op. cit., consid. 4.4.1). Ces mesures comprennent, entre autres, des traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal (art. 7 al. 2 let. d LAI). Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, l'assuré doit recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé (ATF 127 V 294 consid. 4b/cc). Une mesure médicale est exigible si elle est nécessaire pour permettre d'établir un diagnostic et est sans risque pour l'intéressé, elle l'est également si elle permet d'atteindre avec une haute vraisemblance une amélioration de l'état de santé de l'intéressé (Kieser, ATSG, art. 21 n° 63). Selon la jurisprudence, il faut tenir compte, lorsqu'on examine la question de l'exigibilité d'un traitement ou d'une mesure de réadaptation, de toutes les circonstances personnelles, notamment de la situation professionnelle et sociale, de l'assuré. Cependant ce qui est déterminant, est le caractère objectif de ce qui est exigible et non pas les appréciations subjectives de l'assuré. L'exigibilité doit d'ailleurs être déterminée en relation, d'une part, avec l'étendue de la mesure, et d'autre part, avec l'importance de la prestation demandée. Du principe selon lequel les mesures qui impliquent un risque pour la vie ou la santé ne sont pas raisonnablement exigibles, on ne peut cependant conclure que toutes les mesures sont exigibles si elles ne comportent pas un tel danger. Aussi, à propos

de mesures médicales qui peuvent porter une grave atteinte à l'intégrité personnelle de l'assuré, le niveau d'exigibilité ne peut être placé trop haut (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1546/2007 du 4 avril 2008 consid. 5.3 et les références citées). Dans le même sens, l'art. 7a LAI prévoit que toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré est raisonnablement exigible, à l'exception de celles qui ne sont pas adaptées à son état de santé. Ainsi, seul le facteur santé peut amener à définir une mesure comme non raisonnablement exigible (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5<sup>ème</sup> révision de l'AI) du 22 juin 2005, p. 4314). b. Selon la jurisprudence constante concernant les dépendances telles que sont l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une dépendance de ce type ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi ; en revanche, elle joue un rôle dans l'AI lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie ( ATAS/576/2008 du 14 mai 2008 et les références citées). 18. En l'espèce, on ne se trouve pas dans un cas où la mesure préconisée par l'intimé constituerait un risque pour la santé du recourant, lourdement atteint par une stéatose hépatique (soit une stéatose du foie) et un cancer de la gorge. Au contraire, elle permettrait d'éviter une aggravation de son état de santé. Il est vrai, comme l'indique le recourant, que l'intimé n'a pas reconnu une incapacité de travail en raison de l'addiction à l'alcool. Là n'est toutefois pas la question. En effet, certes le Dr C\_\_\_\_\_ a noté, dans son rapport relativement ancien du 11 janvier 2010, que l'éthylisme chronique n'était pas en soi un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, le Dr H\_\_\_\_\_ a écrit, dans la lettre de sortie des HUG du 21 août 2014, que le recourant devait arrêter de boire au vu de la présence d'une stéatose hépatique macrovacuolaire déjà marquée, sans indiquer si cette atteinte influençait son aptitude à travailler. Invité à fournir des renseignements à cet égard, ledit praticien a répondu qu'il n'était pas en mesure de répondre, n'étant pas hépatologue. Il a, par contre, mentionné que la cessation de la consommation d'alcool empêcherait la détérioration du foie. Dans la mesure où le recourant bénéficie de prestations de l'AI, même si celles-ci sont actuellement sans relation avec la stéatose hépatique, il devrait arrêter de boire ; le risque que cette atteinte devienne à terme invalidante est manifeste, ce qui nécessiterait une rente plus élevée. Pour cette raison, son consentement est irrelevante, puisqu'il est obligé de recourir aux mesures appropriées pour réduire son dommage futur. En conséquence, la mesure médicale exigée par l'intimé sera confirmée. 19. Le recours est admis partiellement, la décision attaquée est annulée en tant qu'elle concerne la rente, et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 30 juin 2015, puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. 20. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :