

## **GE\_GERICHTE A/1497/2012 vom 21. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1497\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1497_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1497/2012 du 21 août 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1497/2012 del 21 agosto 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Lancy recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1967, veuf depuis le 3 mars 2005 et père d'un enfant né en 2001, a suivi l'école obligatoire et une formation en animation en gériatrie et psycho-gériatrie de 1994 à 1995. Il a travaillé en qualité d'animateur dans un EMS de 1991 à 2005 puis, suite au décès de son épouse, il a été père au foyer de 2006 à 2009. Selon le rapport du 5 juillet 2010 du dernier employeur, le contrat de travail a été résilié pour le 30 novembre 2005, suite à une longue absence de l'assuré depuis le 25 janvier 2005. L'horaire habituel de l'entreprise est de 40h./semaine. Le salaire de l'assuré était de 77'204 fr. 10 depuis le 1 er janvier 2005. L'assuré a déposé le 15 avril 2010 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OA) en raison de douleurs lombaires avec irradiation dans les jambes, d'une fragilité psychologique en raison d'une hyperactivité et d'une dépression. Selon le rapport du 12 mai 2010 du Dr L \_\_\_\_\_, psychiatre de l'assuré depuis 2009, l'assuré souffre d'un état dépressivo-anxieux depuis une date indéterminée, ayant nécessité une hospitalisation d'une semaine en juillet 2002, un mois en juillet 2004 et un mois en juillet 2008, l'assuré présentant des manifestations anxieuses avec dépendance aux anxiolytiques. Il ne retient pas d'incapacité de travail. Le médecin ajoute que l'assuré est veuf depuis 2005, s'est occupé de sa fille, âgée de 5 ans lors du décès de l'épouse, et estime avoir été licencié de façon injustifiée par son employeur. Ce médecin précise le 2 septembre 2010 que l'état de santé est stationnaire, avec un pronostic favorable pour l'instant, mais une évolution difficile à préciser, et indique le 23 novembre 2010 que ce sont les dorsalgies qui sont la cause de l'incapacité de travail. Selon le rapport du 12 juillet 2010 de la Dresse M \_\_\_\_\_, généraliste, l'assuré souffre de lombalgies chroniques et d'hyperactivité de longue date, avec effet sur la capacité de travail, ainsi que d'une dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, d'une utilisation ancienne de cocaïne et d'une hépatite C, sans effet sur sa capacité de travail. Elle le suit depuis avril 2009. Le patient est dispersé dans ses plaintes, avec des difficultés à s'organiser et à gérer le stress, bien qu'abstinent de toute consommation d'alcool et de drogue depuis plus d'un an. Il souffre de douleurs lombaires basses mécaniques, l'examen clinique relève un syndrome lombaire intermittent, la radiologie est sans particularité. Le médecin n'a jamais établi d'incapacité de travail formellement, mais elle pense qu'il ne peut pas raisonnablement travailler dans son domaine, vu les grandes difficultés de gestion des émotions et du stress, mais une réinsertion professionnelle pourrait être envisagée. La capacité de concentration, d'adaptation et de résistance est limitée ainsi que les activités en position uniquement assise ou debout, nécessitant de marcher et de porter des poids. Sont joints des rapports d'imagerie médicale concluant à une

scoliose lombaire à convexité gauche, une rétrolisthésie de L2-L3 avec discopathie L2-L3, à moindre degré L3-L4, et ostéophytose antérieure, d'importantes séquelles d'une maladie de Scheuermann à l'étage dorsal inférieur et lombaire supérieur, ainsi qu'un rapport d'ultrasons du foie qui conclut à la suspicion d'une stéatose hépatique et d'un degré de fibrose estimé à un stade F0-F1. Il ressort des rapports des 31 mars et 10 octobre 2008 du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), que l'assuré y a séjourné du 12 au 31 mars 2008 et du 5 au 28 mai 2008 en raison d'un trouble mental et de comportement lié à l'utilisation d'alcool, d'un syndrome de dépendance, d'un éventuel trouble affectif bipolaire sans précision et d'une perturbation de l'activité et de l'attention. L'anamnèse révèle que l'assuré a connu une enfance marquée par des difficultés scolaires (THADA non traité), n'aboutissant à aucune formation, consommant de l'alcool depuis l'âge de 14 ans, toxicomane durant 10 ans (héroïne et cocaïne). Il a connu son épouse en 1991 dans une communauté pour toxicomanes. Celle-ci est décédée en mars 2005 de complications dues au SIDA et d'une tumeur cérébelleuse. Suite au décès de sa femme, il n'a pas travaillé durant six mois et a été licencié de ce fait. Après le diagnostic de THADA fin 2006, il reçoit de la Ritaline® qu'il prend irrégulièrement et dont il abuse parfois. Le patient augmente ses consommations d'alcool depuis octobre 2007, jusqu'à 2 litres de vodka par jour. Le sevrage se déroule sans complication durant l'hospitalisation. A la sortie du séjour de mars 2008, l'assuré suit un programme à l'hôpital de jour de la Villa des Crêts, interrompu après une semaine, dans un contexte de solitude avec une rechute de consommation de vodka à raison d'un litre/jour et de cocaïne de 2 gr. A la sortie de l'hospitalisation de mai, l'assuré est intégré à un projet résidentiel à la Maison de l'Ancre. La BALOISE, assurance d'indemnité journalières-maladie de l'employeur, a transmis son dossier à l'OAI, et en particulier : un rapport complémentaire du Département de psychiatrie des HUG du Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, du 9 mai 2005 qui précise que l'assuré a été hospitalisé en 1986 au Tessin, sous méthadone, abstinent depuis 1988, avec une recrudescence de la consommation d'alcool. Il rencontre sa future épouse en 1991 et il l'épouse en 2001. Le décès de celle-ci a laissé l'assuré dans un profond désarroi. Déjà dépressif auparavant, amélioré sous traitement, le deuil l'entraîne encore plus bas dans sa dépression. En-dehors des troubles de l'attention fluctuants, il n'y a pas de troubles cognitifs grossiers. Les diagnostics retenus sont : épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique, syndrome d'hyperactivité, trouble de l'attention de l'adulte, syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, syndrome de dépendance au cannabis, continue, hépatite C depuis 10 ans. S'agissant de l'évolution du cas, le médecin relève qu'après une abstinence à l'alcool de 21 mois entre 2002 et 2004, le patient rechute lors de l'arrêt de l'antidépresseur en juillet 2004, avec une évolution lentement favorable jusqu'à l'aggravation de l'état de santé de son épouse, qui oblige l'assuré à s'endetter, à s'occuper de plus en plus seul de sa fille et à faire de l'absentéisme, avec un accroissement de l'état d'anxiété. A l'annonce du décès de son épouse, l'assuré s'effondre, mais refuse d'être hospitalisé pour rester aux côtés de sa fille. Il plonge dans une dépression anxieuse, associée à des angoisses nocturnes, fragile et vulnérable, menacé par la tentation de reprendre l'alcool, voire de plonger dans les stupéfiants. Le médecin estime qu'une reprise éventuelle pourrait être fixée au 1<sup>er</sup> juin 2005 à temps partiel. l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, du 19 décembre 2005, à la demande de la BALOISE, rapport fondé sur un entretien, la lecture du dossier et les rapports du Département de psychiatrie (consultation des Acacias). Le rapport contient un rappel des faits, une anamnèse précise, la relation des plaintes du patient et de l'examen effectué. Le médecin retient les diagnostics suivants : traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline, syndrome de

dépendance à l'alcool, abstinent, et syndrome de dépendance au cannabis, continue. S'agissant de la discussion du cas, l'expert affirme que l'assuré a pu trouver une certaine stabilité, la profonde dépression anxieuse consécutive à son licenciement, au décès de son épouse et au fait de devoir s'occuper de sa fille, a été gérée par la médication prescrite, sans qu'une hospitalisation ne soit nécessaire et sans recours à des conduites addictives. Sa capacité de travail est de 100% dès le 15 janvier 2006, en l'absence d'un état dépressif patent, d'un grave trouble de la personnalité ou d'une quelconque psychopathologie avérée. Par pli du 28 septembre 2010, l'OAI informe l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'est indiquée en l'état. Le SMR préconise une expertise ou un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, lequel est confié au Centre médical universitaire de Lausanne, mais l'assuré ne donne pas suite à la convocation, malgré plusieurs rappels, de sorte que l'OAI envisage le 26 mai 2011 de refuser toute prestation, pour défaut de collaboration. Suite à l'intervention du médecin-traitant, qui atteste le 30 juin 2011 que son patient n'a pas pu se présenter au rendez-vous de l'expertise du 16 mai 2011 pour raisons médicales, l'OAI mandate le CEMED pour une expertise pluridisciplinaire, le centre d'expertises étant plus proche de Genève et l'assuré étant convoqué une troisième et dernière fois. Le rapport d'expertise des Drs P \_\_\_\_\_, psychiatre, et Q \_\_\_\_\_, rhumatologue, du 28 décembre 2011, est fondé sur le dossier, un examen rhumatologique et un examen psychiatrique. Il contient un résumé des pièces médicales et une anamnèse brève, mais précise. S'agissant des plaintes du patient, il mentionne des lombalgies, apparues vers 13 ans, puis asymptomatiques, malgré un travail lourd dans un abattoir de 15 ans à 18 ans, les problèmes de dos étant réapparus en 2008. Les lombalgies sont médianes, diffuses, à prédominance gauche, et le fond douloureux constant est supportable (3/10), mais, lors de certains mouvements, les douleurs sont plus intenses, les facteurs aggravants étant les positions du tronc penché en avant de façon persistante, les positions statiques prolongées debout, la position assise est tenue plusieurs heures. Concernant les ports de charges, il ne peut pas préciser de limitations, mais décrit un déménagement avec le port d'objets lourds (cuisinière, frigo et machine à laver). L'assuré se plaint également de dépression avec fatigue et sentiment de se fatiguer vite, ainsi que de son hyperactivité. Il parle d'un sentiment de solitude, d'isolement, de difficultés à s'occuper de son appartement en raison d'un manque de forces, de douleurs dorsales et d'un essoufflement rapide, ressentant son corps comme celui d'un vieillard de 70 ans. Ses difficultés de concentration et d'attention ont nettement diminué depuis la prise régulière de Ritaline®. Il n'évoque ni tristesse envahissante, ni épisode anxieux aigu. S'agissant des habitudes, l'assuré est sevré depuis quatre ans d'alcool, il est sevré de drogues dures depuis 1991 et fume un ou deux joints le soir. Il prend régulièrement, depuis 2008, la Ritaline®, et, depuis 2009, les autres médicaments (Lafaxine®, Xanax® et Antabuse®). S'agissant des données objectives, les experts procèdent à un examen ostéo-articulaire complet et à un examen psychiatrique qui mentionne notamment que la thymie est neutre durant l'entretien de plus d'une heure et demie, sans anxiété, avec une capacité conservée de répondre à l'humour et de se montrer drôle, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas d'abattement, pas de sentiment de culpabilité excessive, pas de sentiment de dévalorisation, ni de comportement douloureux visible, les capacités d'attention et de concentration sont très modérément diminuées, les examens radiologiques, en particulier l'IRM lombaire récente du 15 août 2011 ne montrent aucune lésion significative, mais une légère protrusion discale postéro-médiane et paramédiane L5-S1 et une très légère discopathie L2-L3 et L3-L4, ainsi qu'une discrète arthrose inter-facettaire bilatérale et étagée. En conclusion, sur le plan rhumatologique,

l'assuré se plaint de lombalgies chroniques supportables et peu intenses, il ne présente pas de limitations à la marche, ni lors de l'examen, de sorte que les lombalgies ne sont pas réellement handicapantes sur le plan fonctionnel ou professionnel, mais il est suggéré d'éviter les positions de tronc penché en avant avec port de charges de plus de quinze kilos de façon répétée, ces limitations étant retenues sur la base de l'anamnèse et des troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire. Sur le plan psychique, les aspects de dépendance sont présents de longue date, mais bien stabilisés actuellement, sans rechute invalidante depuis plusieurs années, l'assuré étant parfaitement conscient de la nécessité de maintenir cette abstinence. Pour ce qui est du THADA, l'assuré est bien stabilisé avec le traitement de Ritaline®. Dans la mesure où il a été capable, durant près de quinze ans, de tenir une activité à plein temps d'animateur dans un EMS, alors qu'il n'était pas encore traité pour son syndrome d'hyperactivité et qu'il avait alors une consommation régulière et abusive d'alcool, ces deux pathologies étant actuellement absentes, il n'y a pas d'argument relevant pour retenir une diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle, ni dans une autre activité. L'habitude au cannabis n'a pas de conséquence objective sur la capacité de travail, il n'y a pas de trouble de la personnalité avéré, mais les traits de personnalité avec des éléments de labilité émotionnelle, dyssociaux et narcissiques, qui sont encore présents, sont sans impact marqué sur la capacité de travail. Celle-ci est donc complète, sans limitation, ni diminution de rendement. Sur la base de l'expertise précitée, le SMR estime le 16 février 2012 que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans toute activité adaptée aux limitations rachidiennes, y compris l'activité habituelle dans laquelle l'assuré n'a pas présenté d'incapacité de travail durable au sens de la LAI, relevant que l'assuré admet que sa priorité actuelle est de s'occuper de sa fille, ce qui est un choix de vie, qui ne relève pas du registre médical. Par projet du 23 février 2012, annulant et remplaçant celui du 26 mai 2011, l'OAI refuse toute prestation, la capacité de travail de l'assuré étant entière, sans diminution de rendement. L'assuré s'y est opposé le 22 mars 2012, sollicitant une copie de l'expertise. Par décision du 19 avril 2012, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré. Par acte du 16 mai 2012, l'assuré forme recours contre la décision, faisant valoir qu'elle se base sur une évaluation souvent imprécise et parfois fautive de son histoire et de sa situation, souhaitant apporter des corrections à cette expertise, avant qu'une décision définitive ne soit prise, et sollicitant une entrevue pour discuter des éléments contestés. Par pli du 23 mai 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, faisant valoir que l'expertise du CEMED remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante, le recourant n'apportant aucun élément probant susceptible de remettre en cause cette expertise. L'assuré précise par pli du 15 juin 2012 que la décision de l'OAI se base sur une évaluation imprécise de son histoire et de sa situation. Il expose qu'après le décès de son épouse, il devait reprendre le travail en août 2005 et a, alors, été licencié, puis a été dédommagé, ce qui démontre que le licenciement n'était pas fondé. Après le décès de son épouse, la perte de ce travail l'a coupé de la vie active et sociale. Il regrette que l'expert mentionne qu'il est connu pour toxicomanie, puisqu'il a arrêté l'héroïne en septembre 1990 et n'y a plus touché depuis lors. L'alcoolisme de 1990 à 2000 relevé par l'expert ne l'a pas empêché de travailler et il précise que de 1991 à 1998, il était un gros buveur, sans préjudice de sa vie de couple, professionnelle et sociale. Il a fait plusieurs séjours pour sevrage d'alcool, soit une semaine en 2002, suivie de deux ans d'abstinence, trois semaines en 2004, lorsque son épouse commençait à être malade, de sorte que l'expert exagère en parlant de plusieurs séjours. L'assuré ajoute qu'il a toujours conservé l'autorité parentale sur sa fille et a de son propre

chef sollicité l'aide de la Protection de la jeunesse. S'il fume du cannabis le soir, c'est pour se détendre et calmer sa colère et sa violence. Il tient par-dessus tout à conserver la garde de son enfant. S'il a manqué les premiers rendez-vous fixés pour l'expertise, c'est indépendamment de sa volonté. Il relève encore que l'OAI estimait qu'il était inapte au travail, sans l'avoir examiné, en septembre 2010, lorsqu'il lui a refusé une reconversion professionnelle, ce qui était pourtant le but de sa demande de prestations d'invalidité. L'expert rhumatologue n'a pas tenu compte du fait qu'il avait pris du Codafalgan® lors de l'expertise, ce qui explique qu'il n'ait pas manifesté de douleurs. Finalement, si l'expert retient qu'il ne peut pas exercer d'activité impliquant un port de charges de plus de quinze kilos, il n'est pas apte à travailler dans un EMS, car il doit parfois soulever des pensionnaires. Lors de l'audience du 26 juin 2012, l'assuré explique avoir travaillé comme animateur dans un EMS, son emploi consistant à accompagner les personnes âgées lors de promenades, à faire le lien avec la famille et l'extérieur, à tisser une relation avec les personnes âgées, etc. Il ne s'occupait pas de soins, mais si une personne âgée avait besoin d'aide pour se rendre aux toilettes lors d'une sortie, il le faisait. Entre 2006 et 2008, il a assumé trois emplois de courte durée dans des EMS, soit trois mois chez X\_\_\_\_\_, trois à quatre mois chez Y\_\_\_\_\_ et un mois chez Z\_\_\_\_\_, juste avant d'être admis à Belle-Idée. S'agissant de ses problèmes lombaires, il est suivi par la Dresse M\_\_\_\_\_, et suite à un changement de pratique dans le remboursement des frais de physiothérapie par les caisses, il a cessé en juillet 2011 le traitement de physiothérapie dont il bénéficiait à raison de deux fois par semaine. Il ne consomme plus du tout d'alcool depuis le 1<sup>er</sup> mai 2008 et il continue à prendre de l'Antabuse®. S'il consomme du cannabis, c'est pour canaliser sa violence. Il a dû assumer le décès de sa femme, un licenciement injustifié, la perte de son logement, un litige judiciaire pour récupérer ses meubles et une colocation pénible avec un homme toxicomane. Il est toutefois toujours debout et il s'occupe de son enfant. Il continue à prendre de la Ritaline®, de l'Efexor®, du Xanax® et du Codafalgan®, prescrits par la Dresse M\_\_\_\_\_. Il était réticent à prendre du Codafalgan®, en raison de la composante de codéine, mais cela permet de soulager ses douleurs. Il consulte la Dresse M\_\_\_\_\_ deux fois par mois et n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2010. En 2005, il a refusé de déposer une demande AI malgré la proposition des psychiatres des HUG, mais en 2010, il s'y est résolu car il se sent mal physiquement depuis la sortie de l'Ancre, en mai 2009, avec des conséquences sur le moral, car sa fille lui dit parfois qu'il ne parvient plus à courir et à la prendre dans ses bras. Il conteste pouvoir travailler comme animateur car il est amené à porter des charges de plus de quinze kilos lorsqu'il faut soulever les personnes âgées et ne parvient pas non plus à être penché lorsqu'il faut faire la vaisselle. Il a réagi à certains termes de l'expertise car il estime inutile de revenir sur certains éléments qui ne sont pas déterminants. Il a été très mal traité par son employeur de l'époque lorsqu'il est courageusement revenu travailler à la rentrée scolaire de sa fille suivant le décès de son épouse. Il relève que l'expert mentionne qu'il a de l'humour, ce qui lui semble indispensable après ce qu'il a traversé. A l'issue de l'audience et en accord avec les parties, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. A 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 345 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), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont applicables au cas d'espèce. 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. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des mesures professionnelles, le cas échéant à une rente. 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. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 351 consid. 3). 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 facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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). En l'espèce, la Cour estime que l'expertise du CEMED peut se voir accorder pleine valeur

probante, eu égard aux critères posés par la jurisprudence, et les conclusions sont bien motivées. Il en découle que, sur la base de l'examen clinique, de l'imagerie et en tenant compte des plaintes du patient, les lombalgies de l'assuré ne sont pas invalidantes. Par ailleurs, il ne souffre d'aucun trouble psychique ayant des conséquences sur sa capacité de travail. Au demeurant, aucun autre rapport médical ne remet sérieusement en cause les conclusions des experts. La Dresse M\_\_\_\_\_ ne retient pas d'incapacité de travail, mais suggère une reconversion. Or, elle n'expose pas pourquoi l'assuré, désormais abstinent et dont le THADA est correctement traité, serait incapable de reprendre l'activité d'animateur qu'il a assumée durant près de 15 ans, parvenant manifestement à gérer son stress et ses émotions. Les divers rapports des HUG concernent la période durant laquelle l'assuré consommait de grandes quantités d'alcool, ce qui n'est plus le cas depuis 2008. Il ressortait déjà de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ que l'assuré ne souffre pas d'un état dépressif ou d'un grave trouble de la personnalité, ayant des conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère d'ailleurs que l'assuré n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2010 déjà, son psychiatre, le Dr L\_\_\_\_\_, ne retenait alors aucune limitation de la capacité de travail pour des troubles psychiques. S'agissant des douleurs lombaires, elles sont objectivées par les experts mais jugées suffisamment modérées pour permettre une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues. Au demeurant, l'assuré n'a plus de séances de physiothérapie depuis 2011, la modification du mode de remboursement de l'assurance n'expliquant pas, à elle seule, la fin de cette thérapie. La Dresse M\_\_\_\_\_ admet que la radiologie est sans particularité et ne retient pas d'incapacité de travail en lien avec les lombalgies dans une activité respectant les mêmes limitations que celles retenues par les experts. A ce sujet, il est exact qu'un animateur d'EMS peut être amené à aider une personne âgée, mais cela n'implique pas la nécessité de porter un pensionnaire, tout seul et sans l'aide d'un collègue. D'ailleurs l'assuré n'est pas empêché, occasionnellement, de porter des charges. Les autres limitations fonctionnelles n'empêchent pas non plus l'exercice de cette activité : l'alternance des positions est possible et le porte-à-faux n'a pas besoin d'être longuement tenu. Il est donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré ne souffre d'aucune maladie somatique ou psychique qui l'empêche d'exercer son activité professionnelle habituelle d'animateur à plein temps et sans diminution de rendement. Il n'est donc pas invalide et ne peut ainsi pas prétendre à une reconversion professionnelle, ni à une rente. Son recours doit donc être rejeté. Cela étant, il convient de souligner le courage, la détermination et les efforts consentis par l'assuré. Malgré les lourdes épreuves traversées en 2005 et la grave dépendance à l'alcool qui a suivi, il est parvenu à un sevrage complet depuis 2008, en ayant la force de solliciter l'aide nécessaire pour sa fille, afin d'intégrer une institution pour parvenir à cette abstinence. L'assuré indique clairement que son rôle de père est essentiel et s'il souhaite travailler à temps partiel pour s'occuper de sa fille, cela relève de son choix personnel. Ainsi, pour autant qu'il soit convaincu et déterminé à reprendre une activité professionnelle et bien que la Cour ne puisse pas ordonner cette mesure, à défaut de base légale le permettant, il est fort probable que l'OAI accepte d'accorder à l'assuré une aide au placement, sur demande écrite et motivée de sa part. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> 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 de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un

délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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