

## **GE\_GERICHTE A/1559/2012 vom 2. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1559\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1559_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1559/2012 du 2 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1559/2012 del 2 ottobre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.10.2012  
A/1559/2012

A/1559/2012 ATAS/1186/2012 du 02.10.2012 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1559/2012  
ATAS/1186/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2  
octobre 2012 2 ème Chambre En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à Jussy,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Philippe JUVET, curateur recourant  
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue des  
Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le  
recourant), né en 1954, au bénéfice d'un CFC de jardinier-paysagiste, a travaillé en cette  
qualité depuis 1974, et en dernier lieu au service de la commune de Cologny du 1 er juin  
2000 au 31 juillet 2009. L'horaire de travail était de 40 heures/semaine. L'assuré a été  
licencié le 29 avril 2009 avec effet au 31 juillet 2009. Il a perçu un salaire de 101'151 fr. en  
2008. Selon l'employeur, le salaire était fixé à 7'575 fr. 85/mois depuis le 1 er janvier 2009.  
L'assuré a toutefois perçu 59'330 fr. du 1 er janvier au 31 juillet, y compris un 13 ème  
salaire prorata de 4'419 fr. 10. Par ordonnance du 3 juin 2009, le Tribunal tutélaire a désigné  
un curateur à l'assuré. Il souffre d'alcoolisme depuis des années et a fait de nombreux  
séjours à la clinique de Belle-Idée. Lorsqu'il allait bien, il était un excellent collaborateur et  
faisait très bien son travail, mais il avait manqué 500 heures de travail sans certificat  
médical, son employeur l'ayant licencié pour le 31 juillet 2009. L'assuré a bénéficié  
d'indemnités de chômage durant 520 jours dès le 1 er août 2009. Le médecin conseil de  
l'office cantonal de l'emploi a relevé le 23 juillet 2010 que l'assuré disposait d'une pleine  
capacité de travail en tant que jardinier, le seul problème étant celui de l'alcool-dépendance  
et que l'avis d'un psychiatre serait utile. Le curateur de l'assuré a déposé le 14 mars 2011  
une demande de prestations d'invalidité pour son pupille auprès de l'OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé).  
Il ressort des pièces produites que: l'assuré souffre d'un trouble mental sur dépendance  
éthylque et d'un état dépressif fluctuant, apparu progressivement dès 1999, selon le Dr  
L \_\_\_\_\_, son généraliste depuis 1999 et, malgré les différentes tentatives médicales  
de thérapie, la maladie est chronique et récidivante et le patient présente des rechutes  
régulières, interrompant le plus souvent les consultations spécialisées (rapports du Dr  
L \_\_\_\_\_, des 29 mars 2009 et 3 mars 2011). en novembre 1999, l'assuré consulte un  
neurologue, à la demande de son médecin-traitant, car depuis trois ans environ, il subit un  
important stress, un problème de couple extrêmement important ayant des conséquences  
lourdes sur son rythme de sommeil. L'examen neurologique est dans les limites de la norme,  
mais le patient présente un état anxieux, avec une thymie dépressive, et il trouve un refuge  
dans son isolement durant son sommeil (rapport du Dr M \_\_\_\_\_, neurologue, du 5  
novembre 1999). l'assuré est hospitalisé aux urgences de l'Hôpital cantonal (HUG) du 22 au

23 septembre 2000, en raison d'un état confusionnel aigu, alors qu'il est déjà suivi par la consultation d'alcoologie (avis de sortie du 23 septembre 2000 des HUG). Il consulte en urgence SOS Médecin le 29 septembre 2001, en raison d'un éthylisme aigu, le patient étant en rupture de traitement antidépresseur et d'Antabuse, hospitalisé à Belle-Idée pour la suite de la prise en charge (rapport du 4 octobre 2001 de SOS Médecin). il a été hospitalisé à la clinique de la Métairie du 25 octobre au 23 novembre 2004, après une évaluation d'un jour aux HUG qui mentionne une thymie triste, déprimée, des troubles du sommeil et de l'appétit (avis HUG du 22 octobre 2004). Selon l'anamnèse de la clinique de la Métairie, l'assuré a eu un premier contact avec l'alcool à l'âge de 28 ans, dans un contexte professionnel et la consommation devient régulière et excessive huit ans avant l'hospitalisation, dans le cadre d'un stress professionnel et d'un conflit de couple. Suivi à l'Envol, il a fait un sevrage suivi de dix mois d'abstinence en 2000 et, après quelques hospitalisations de courte durée, il a perdu le contrôle dans le cadre du deuil de sa mère, d'un conflit conjugal, suite auquel il n'a pas revu ses trois enfants depuis six mois. A l'issue du séjour, l'assuré exprime son désir de maintenir l'abstinence acquise et aucun traitement n'est prescrit. Les diagnostics sont : syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé (F10.21); syndrome de dépendance aux benzodiazépines, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F13.21); syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (rapport de la Métairie du 24 novembre 2004). l'assuré a séjourné du 3 au 21 mai 2005 au Département psychiatrie des HUG, en raison de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25). Il s'agit de la troisième hospitalisation, en entrée non volontaire, pour un alcoolisme chronique gravissime représentant un risque auto-agressif majeur. L'assuré est pris dans une spirale autodestructrice qui s'accélère rapidement depuis deux ans. Le suivi à l'Envol instauré en 2000 a été interrompu. Après chaque hospitalisation, le patient rechute quelques jours après la sortie. Lorsqu'il est sobre, l'assuré ne présente plus aucune difficulté neurologique, sa thymie est neutre et il se montre optimiste concernant l'avenir, un déni massif concernant la gravité du problème d'alcool est relevé, de sorte que les risques de rechute sont très importants en raison des difficultés socio-affectives du patient, la seule solution serait un placement en milieu résidentiel (résumé de séjour des HUG du 17 mai 2005). le père de l'assuré, avec lequel il vit, appelle en urgence SOS Médecin le 14 avril 2007 au matin, ne sachant plus comment contenir la colère de son fils, un état dépressif aggravé par une alcoolisation chronique étant diagnostiqué. Une entrée non volontaire en milieu psychiatrique est requise (rapport de SOS Médecin du 16 avril 2007). l'assuré est hospitalisé en admission non volontaire pour un risque auto-agressif avec alcoolisation massive, du 25 février au 10 mars 2009. Le diagnostic principal est un trouble mental et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, un syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), les autres diagnostics étant un épisode dépressif moyen, en particulier (F32.1). Selon l'anamnèse, les consommations d'alcool ont démarré vers 24-25 ans, dans un cadre festif, le patient ayant perdu le contrôle de ses consommations vers l'âge de 35 ans, suite au conflit de couple. Les nombreuses tentatives de sevrage ont échoué, sauf une période d'abstinence d'un an et demi. Le suivi initié en 2005 est interrompu en 2008. A la veille de son admission, il s'est endormi sur le canapé avec une cigarette, provoquant un incendie. Le sevrage d'alcool s'est déroulé sans complication et le patient a bien participé aux activités thérapeutiques proposées, les médecins observent une amélioration de la thymie à distance des consommations d'alcool. Le patient projette de reprendre son travail dès le 17 mars 2009 avec un suivi addictologique à la fondation Phénix, auprès de la Dresse

N\_\_\_\_\_ (rapport des HUG du 16 mars 2009). Selon le SMR, l'assuré souffre d'un alcoolisme primaire, la consommation ayant débuté vers 24 ans, dans un but festif et désinhibiteur, avec une perte de contrôle vers 35 ans (avis du 10 juin 2011). L'OAI a interrogé la Dresse O\_\_\_\_\_ de la fondation PHENIX le 5 juillet 2011, et l'a relancée les 8 août, 29 août et 19 septembre 2011. Entre-temps, par pli du 14 septembre 2011, la Dresse P\_\_\_\_\_, directrice du centre Envol-Fondation Phénix, indique avoir suivi l'assuré du 13 octobre 2010 au 1<sup>er</sup> février 2011, adressé par le service du chômage, en raison d'un état dépressif avec abus d'alcool. Elle a prescrit un traitement antidépresseur, et le sevrage d'alcool a été suivi par plusieurs rechutes, la participation de l'assuré étant marquée par de nombreuses absences, la fondation étant sans nouvelle de lui depuis le 1<sup>er</sup> février 2011. Par projet du 18 octobre 2011, l'OAI refuse toute prestation, au motif qu'une dépendance à des substances toxiques ne constitue une invalidité que si elle entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résulte d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante. Par pli du 15 novembre 2011, le curateur de l'assuré transmet le certificat médical du 30 octobre 2011 du Dr L\_\_\_\_\_, qui atteste que l'assuré présente depuis de nombreuses années une dépendance toxique, vis-à-vis de l'alcool, cette addiction ayant malheureusement entraîné des échecs à répétition, aussi bien familiaux que professionnels. Des troubles physiques et psychiques découlent de cet état de dépendance, malgré de multiples tentatives de traitement et de soutien, ce qui en fait une maladie invalidante. Selon le SMR, le rapport médical produit ne permet pas de documenter la présence d'une atteinte psychique ou de répercussions somatiques découlant de la problématique alcoolique. Les documents médicaux versés au dossier, en particulier les résumés d'hospitalisation, démontrent que la symptomatologie anxio-dépressive est associée, comme c'est souvent le cas, à la consommation éthylique et que celle-ci s'améliore "à distance des consommations d'alcool". En présence d'un alcoolisme primaire nettement affirmé par l'histoire de la maladie, un éventuel état anxio-dépressif superposé à une période de consommation ne peut pas être considéré comme une comorbidité psychiatrique incapacitante, dès lors que celui-ci est réversible après arrêt de la consommation (avis de la Dresse Q\_\_\_\_\_ - du 18 avril 2012). Par décision du 7 mai 2012, l'OAI confirme son projet de décision et refuse toute prestation. Par acte du 22 mai 2012, le curateur de l'assuré forme recours contre la décision. Il précise que son pupille a été placé à l'Hôpital de Belle-Idée du 15 juin au 2 décembre 2011. Après sa sortie, la police a dû intervenir plusieurs fois, l'assuré se trouvant en pleine décompensation, provoquant une importante violence, au point où l'internement non volontaire de l'assuré a finalement été ordonné le 9 mars 2012. L'assuré n'est pas resté au centre "CRMT" de Thônex où il devait séjourner trois mois et le maire de sa commune est intervenu auprès du Procureur général, le 14 mai 2012, en raison de la gravité de la situation, des violences et des menaces proférées par l'assuré. Selon son curateur, il est définitivement incapable de travailler, son alcoolisme étant clairement invalidant. En substance, il reproche à l'OAI de ne pas avoir instruit le dossier, notamment en interrogeant plus avant le corps médical et en ordonnant une expertise. L'alcoolisme de l'assuré est terriblement invalidant et au surplus physiquement destructeur, de sorte qu'aucun employeur n'acceptera de l'engager. Par pli du 7 juin 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. L'avis du médecin-traitant, qui n'est pas psychiatre, doit être examiné avec prudence, eu égard au lien thérapeutique existant avec son patient. Les éléments au dossier sont suffisamment clairs pour admettre, sans mise en place d'une expertise, que l'alcoolisme du recourant doit être qualifié de primaire : les troubles psychiques qui résultent de la

consommation d'alcool sont sujets à rémission moyennant abstinence, de sorte qu'ils ne fondent pas d'incapacité de travail, respectivement de perte de gain valant invalidité. Par pli du 3 juillet 2012, le curateur rappelle que l'OAI est soumis à la maxime inquisitoire, de sorte qu'il doit mettre en œuvre une expertise pour clarifier les aspects médicaux du dossier. L'OAI n'a pas du tout instruit le dossier depuis le certificat médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2011 et s'est contenté d'une réponse inutilisable de la Dresse P\_\_\_\_\_, de sorte que le recourant persiste dans ses conclusions en ordonnance d'expertise. Interrogée par la Cour de céans, la Dresse R\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service d'addictologie du Département de psychiatrie des HUG, indique par pli du 2 août 2012 qu'elle a supervisé le médecin interne qui a travaillé à l'Hôpital de jour entre le 28 novembre 2011 et le 22 mai 2012, et qui, durant cette période, a pris en charge le patient. Une grande partie des informations données est basée sur le dossier médical, puisqu'elle n'a elle-même jamais été le médecin-traitant direct de ce patient. Seules les hospitalisations postérieures à 2007 ressortent du dossier informatisé et l'assuré a été hospitalisé du 24 janvier au 4 février 2008, de 14 février au 19 février 2008, du 25 février au 16 mars 2009, du 15 au 21 février 2012, du 5 au 6 mars 2012, du 9 mars au 23 mai 2012. Les passages de l'assuré aux urgences ont eu lieu, en 2004, le 21 et le 22 octobre; en 2005, le 13 et le 14 octobre; en 2007, le 14 avril, le 1<sup>er</sup> septembre et le 16 décembre; en 2008, le 10 novembre; en 2009, le 24 février; en 2011, le 27 décembre et en 2012, les 8, 11 et 30 janvier, et 14 mai. Les diagnostics sont troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) et troubles de la personnalité sans précision (traits narcissiques; F60.9). Il n'y a rien dans le dossier médical qui permet d'affirmer que la dépendance à l'alcool est la conséquence d'une atteinte psychiatrique. Dans les antécédents, on retrouve la trace d'une période d'abstinence d'environ 1 an et demi et il n'y a pas de trouble de comportement constaté en-dehors des consommations d'alcool, en tout cas pas répertorié dans le dossier médical. Ainsi, les éventuelles troubles psychiques constatés sont induits par la prise d'alcool et il est exigible de l'assuré qu'il s'abstienne de consommer de l'alcool, en-dehors des périodes d'hospitalisation. L'alcoolisme chronique perturbe la capacité de discernement et la capacité de se déterminer en fonction par la désinhibition que l'alcool provoque mais aussi des troubles cognitifs. En-dehors des périodes de consommation active, les tests neuropsychologiques n'ont pas démontré une atteinte fonctionnelle persistante, ni des troubles physiques limitant la capacité de travail. Toutefois, l'assuré est dans l'incapacité de maintenir une abstinence à long terme. Invitées à se déterminer, les parties ont déposé des observations comme suit : l'OAI a fait valoir, le 4 septembre 2012, sur la base du rapport du SMR du 30 août 2012 que le rapport des HUG est très clair, ne mentionne la présence d'aucune comorbidité psychiatrique à caractère incapacité, qui soit à l'origine ou une séquelle durable de l'alcoolisme, ni aucune atteinte à la santé somatique secondaire, de sorte que l'on se trouve en présence d'un alcoolisme primaire, de sorte qu'il est inutile de mettre en place une expertise, l'OAI persistant dans ses conclusions. l'assuré a fait valoir, le 12 septembre 2012, que la Dresse R\_\_\_\_\_ n'est pas le médecin de l'assuré, de sorte que son rapport ne respecte pas la jurisprudence, dans la mesure où l'on ne sait pas sur quel dossier elle se fonde, qu'elle méconnaît l'anamnèse, qu'elle n'indique pas si la dépendance a pu causer une maladie invalidante. D'ailleurs, si ce médecin avait eu connaissance du rapport du Dr M\_\_\_\_\_, considérant que l'examen neurologique était à la limite de la norme et celui du Dr L\_\_\_\_\_, qui mentionnait une maladie chronique invalidante, ainsi que les témoignages recueillis dans le cadre de la plainte pénale dirigée contre l'assurée, elle aurait certainement donné une réponse moins

catégorique à la question de savoir si la dépendance est la conséquence d'une maladie psychique. Pour terminer, l'assuré estime que le médecin se contredit lorsqu'elle estime, en même temps, qu'il est exigible qu'il soit abstinent tout en admettant qu'il en est incapable à long terme, ce qui signifie bien que sa capacité de gain est nulle. Ainsi, l'avis de la Dresse R\_\_\_\_\_ ne permet pas une appréciation fine et globale exigée par la jurisprudence, de sorte qu'il convient d'ordonner une expertise afin de déterminer l'existence d'une comorbidité psychiatrique à l'origine ou en relation de causalité avec la dépendance alcoolique de l'assuré, entraînant une atteinte à la santé nuisant à sa capacité de gain. La cause a été gardée à juger le 13 septembre 2012. 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 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié 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). 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 une rente d'invalidité, singulièrement sur le caractère invalidant de sa pathologie. a) 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). b) 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). 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 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit

de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C\_395/2007, op. cit., consid. 2.4). 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 (ATF non publié 9C\_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3). a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'une expertise, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). b) Selon l'art. 59 al.2bis LAI, les services médicaux régionaux

sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Le Tribunal fédéral rappelle que les nouveaux articles 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5ème révision AI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leur connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, est-il possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351 ). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier. A cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (ATF non publié 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009). c) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ) Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (ATF non publié 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine ), de sorte que cet avis ne peut pas être placé sur le même pied qu'un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance (ATF 123 V 175 ). Toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est 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 exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, l'assuré estime qu'une expertise doit être ordonnée afin de déterminer s'il souffre d'un trouble psychique qui est à l'origine de son addiction et qui, en tant que tel, est invalidant ou si, à l'inverse, l'addiction a eu comme conséquences une maladie psychique ou somatique ayant des conséquences sur sa capacité de travail. Ce faisant, l'assuré ne tient pas compte de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral à cet égard. La divergence d'opinion entre SMR et médecin-traitant ne justifie pas, en soi, d'ordonner une telle expertise. Encore faut-il que le médecin traitant fasse état d'éléments circonstanciés et probants qui laissent subsister un doute quant à l'appréciation du SMR. Or, celui-ci se fonde sur l'ensemble des rapports d'hospitalisation de l'assuré depuis 2000, qui indiquent tous que l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychique à l'origine de son addiction, que son état dépressif - moyen - s'amende en période de sevrage, que ce dernier se fait sans difficulté et que l'assuré ne présente aucun trouble psychique ou somatique, notamment pas neurologique, en période d'abstinence. En outre, bien que le rapport des HUG du 2 août 2012 ne soit pas une expertise, il est probant. Il est fondé sur l'ensemble du dossier médical de l'assuré auprès des HUG où celui-ci a été hospitalisé 6 fois de 2008 à 2012. Ainsi, du 9 mars au 23 mai 2012, il était hospitalisé dans le service d'addictologie en question et traité par un médecin supervisé par la cheffe de clinique signataire du rapport. L'assuré ne peut donc pas raisonnablement mettre en doute que celle-ci a une connaissance complète du dossier, de l'anamnèse et des plaintes du patient (éléments nécessairement recueillis durant plus de 2 mois de séjour) pour pouvoir donner un avis circonstancié sur les diagnostics psychiatriques déterminants pour la présente cause. Il va de soi que le dossier sur lequel elle se base est celui des HUG, qui contient les rapports des médecins, les analyses médicales et les examens spécialisés. Or, si l'assuré souffrait d'un trouble psychique invalidant et distinct de celui d'alcoolodépendance, il aurait nécessairement été diagnostiqué après plus de 2 mois d'hospitalisation et/ou lors des précédents séjours. De même, la doctoresse confirme qu'en période d'abstinence, l'assuré ne présente aucun trouble psychique invalidant, sur la base des constatations faites. Les examens neuropsychologiques effectués ont permis d'exclure l'existence de troubles psychiques ou physiques affectant la capacité de travail. Ce rapport est similaire à celui des HUG du 16 mars 2009, cosigné par le médecin traitant en charge du patient et deux chefs de clinique. De surcroît, aucun autre avis spécialisé n'établit que l'assuré souffrirait d'un trouble psychique invalidant causant l'alcoolodépendance, ni d'un trouble consécutif à celle-ci. Son médecin traitant, qui n'est pas psychiatre, se borne à affirmer que des troubles physiques et psychiques découlent de cette dépendance à l'alcool, sans mentionner lesquels, ni leur gravité, ni leurs effets sur la capacité de travail de l'assuré. L'examen neurologique effectué

par le Dr M\_\_\_\_\_ est dans les limites de la norme, ce qui signifie dans le jargon habituel qu'il est normal. Si un neurologue décèle un trouble, il le mentionne expressément. A l'évidence, le terme de maladie utilisé dans le cadre pénal par des témoins et le juge instructeur à propos de l'alcoolisme ne permet pas d'établir l'existence d'une maladie psychiatrique invalidante distincte. De même, un témoignage isolé selon lequel lors d'un épisode agressif, l'assuré ne sentait pas l'alcool ne permet pas de remettre en cause les constatations de médecins spécialisés durant plus de deux mois d'hospitalisation, qui démontrent sa capacité d'abstinence et l'absence de troubles du comportement (et donc de violence) lors de l'abstinence. Il ne se justifie donc pas d'ordonner un expertise, les divers rapports des HUG et celui du SMR étant probants. Le fait que la Dresse R\_\_\_\_\_ relève que l'assuré ne parvient pas à maintenir son abstinence n'implique pas l'existence d'une pathologie psychique antérieure ou consécutive, d'une gravité suffisante pour être invalidante au sens de la jurisprudence. Pour finir, il n'est ni contesté ni contestable que l'alcoololo-dépendance de l'assuré implique une totale incapacité de travail ainsi que des comportements violents et/ou propres à mettre en danger sa vie et celle d'autrui (incendies, etc.). C'est toutefois le cas de toutes les dépendances à des substances qui, lorsqu'elles sont consommées, entravent l'ensemble des capacités nécessaires à l'activité professionnelle, qu'il s'agisse de capacités manuelles ou intellectuelles. Cela n'est toutefois pas suffisant, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour admettre une invalidité. 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.