

GE_GERICHTE A/2409/2016 vom 10. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2409_2016

FR: GE_GERICHTE A/2409/2016 du 10 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE A/2409/2016 del 10 luglio 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX 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 le _____ 1963, a formé une demande de prestations à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), le 26 janvier 2011, indiquant être atteint dans sa santé, en raison d'une maladie, et incapable de travailler dès le 17 août 2010, à 100%.>[if> 2. La doctoresse B_____, de la fondation Phénix, a indiqué, dans un certificat médical du 15 novembre 2010, que l'assuré était en incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 17 août 2010. Les diagnostics étaient : stress post-traumatique; trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique; anxiété généralisée; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinent. Les problèmes psychiques de l'assuré avaient commencé le 9 décembre 2007, lorsque son ex-compagne avait emmené leur fille, C_____, née le _____ 2004, en Estonie, son pays d'origine, où elles étaient restées pendant onze mois. Depuis, les conflits avec son ex-compagne n'avaient jamais cessé et avaient entraîné de nombreuses interventions de la police et des procès pour la garde de l'enfant. Le patient avait, dans ce contexte, commencé à boire de l'alcool et à consommer de la cocaïne. Au début de l'année 2010, il était devenu complètement abstinent.>[if> 3. Le 23 juin 2011, la Dresse B_____ a précisé qu'à la fin de ses études à l'École de commerce international, l'assuré avait travaillé pour de grandes compagnies internationales, achetant des métaux bruts en Afrique, en Amérique et à l'Est. Jeune adulte, il s'était marié avec une jeune femme issue de la bourgeoisie genevoise. Le mariage avait duré moins d'une année. Il avait ensuite vécu une relation amoureuse pendant six ans avec D_____, sans être marié, avec laquelle il avait eu C_____, actuellement âgée de 7 ans. Dès le début de son traitement psychiatrique, le patient était devenu abstinent de la cocaïne. Le sevrage d'alcool, entamé simultanément, était bien supporté. Malgré une médication psychotrope très importante, il présentait encore des symptômes suivants : grande irritabilité, sentiment de qui-vive, difficultés de sommeil très importantes, grande haine et envie de meurtre vis-à-vis de son ex-compagne.>[if> 4. Selon un deuxième avis médical et détection précoce établi par le docteur E_____, psychiatre, de la Clinique Corela, le 15 août 2011, le diagnostic suspecté aussi bien à l'examen clinique qu'à l'anamnèse, était celui d'un trouble de la personnalité de type dyssocial. Il existait également un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives multiples, avec syndrome de dépendance active, avec symptômes psychiques, reconnus par l'intéressé. Ce trouble paraissait primaire. On pouvait ajouter une tendance probable à la mythomanie. Les troubles actuels liés aux dépendances étaient primaires, mais les troubles somatiques, s'ils

existaient, pourraient être secondaires à ses dépendances et peut-être invalidants. Sur le plan purement psychiatrique, compte tenu de la jurisprudence, aucune limitation de la capacité de travail ne pouvait être actuellement retenue. Le trouble de la personnalité, quant à lui, s'il devait se vérifier, n'était également pas à l'origine d'une incapacité de travail, n'étant notamment pas décompensé à ce jour. La reprise possible dans l'activité habituelle pouvait être prononcée à 100% en termes d'horaire et de rendement dès le 16 août 2011.

5. Dans un rapport médical du 26 septembre 2011, la Dresse B_____ a informé l'OAI que la capacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 12 septembre 2011, dans le poste de travail occupé en tant que technico-commercial.

6. Par décision du 16 mai 2012, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, au motif que sa capacité de travail était de 100% dès août 2011.

7. À teneur d'une lettre de sortie signée par deux médecins du service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le 26 juin 2014, l'assuré avait séjourné du 13 au 26 juin 2014 dans le service de médecine générale en raison de douleurs thoraciques et dyspnée. Le diagnostic principal était : stéato-hépatite alcoolique avec ascite inaugurale. Les diagnostics secondaires étaient : NSTEMI, nouveau diagnostic de cirrhose CHILD B avec présence de varices de stade 2, syndrome de sevrage éthylique, anxiété. Les comorbidités actives étaient tabagisme actif et éthylysm (une bouteille de vodka par jour). Étaient mentionnés comme comorbidités inactives des cervicalgies et des lombalgies chroniques.

8. Selon un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 24 novembre 2014, l'assuré y a séjourné du 26 juin au 24 juillet 2014 pour une réhabilitation cardio-respiratoire et une consolidation du sevrage d'alcool. Du point de vue cardiaque, le patient était resté stable cliniquement. À aucun moment, il ne s'était plaint de DRS. Du point de vue de la réadaptation cardiaque, il s'était très bien investi dans son programme de réadaptation cardiovasculaire, qui s'était fait sous forme de vélo d'entraînement et tapis roulant, de gymnastique dynamique et de marches à l'extérieur. Sur le plan hépatique, il était resté stable cliniquement.

9. Selon un rapport du 24 novembre 2014, la Clinique genevoise de Montana, l'assuré y a séjourné du 12 au 19 août 2014. Le diagnostic principal était un trouble de l'adaptation mixte, anxio-dépressif. À son admission, il s'était engagé à ne pas consommer d'alcool, ce qu'il avait respecté. Il avait profité d'une prise en charge multidisciplinaire.

10. Le 22 avril 2015, l'assuré a formé une demande de détection précoce à l'OAI pour une incapacité de travail ayant débuté en juin 2014 à 100%. Il travaillait alors pour F_____ SA.

11. Selon un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 20 mai 2015, l'assuré y a séjourné du 2 au 20 mars 2015 pour sevrage d'alcool et soutien psychologique. Le diagnostic principal était : dépendance à l'alcool, abstiné en milieu protégé. Les diagnostics secondaires étaient : tests hépatiques perturbés, thrombopénie. Les comorbidités actives étaient : trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré sans somatisation; syndrome obstructif modéré, partiellement réversible; cardiopathie ischémique; diabète de type 2 NIR; cirrhose alcoolique CHILD B avec varices oesophagiennes stade II; cervicalgies chroniques; tabagisme actif ; obésité stade 1.

Sous « examen clinique d'entrée », il était mentionné : - baisse de l'état général. - SCV : bruits du cœur réguliers, tachycardes, légers OMI ddc au niveau des chevilles, turgescence jugulaire. - SR : diminution diffuse du murmure vésiculaire, pas de râle. - SD : abdomen globuleux, souple, dépressible, sans signe d'ascite. Bruits hydroaériques présents, hépatomégalie avec palpation du bord inférieur du foie, légèrement induré à 4 cm du rebord costal. - SN : dans les normes sauf

des ROT non perçus ddc.![endif]>![if> - PSY : humeur plutôt triste. Troubles du sommeil. Pas d'éléments de la lignée psychotique. Pas d'idée noire ni suicidaire.![endif]>![if> Sous « évolution et discussion », il était mentionné que du point de vue du sevrage OH, le patient avait signé un contrat d'abstinence auquel il s'était tenu. Il présentait une baisse de sa thymie en lien avec le fait que sa fille avait été placée par le SPMI et qu'il souhaitait la récupérer. Ceci aurait été le facteur déclenchant de la reprise de la consommation d'alcool. L'objectif du patient était de retrouver l'abstinence et prendre du recul face aux événements familiaux de ces derniers temps. Malgré sa motivation pour l'abstinence, il banalisait la gravité des conséquences de sa consommation. Son anxiété était un peu plus importante au départ, mais sa thymie était améliorée. À la sortie, il reprendrait son suivi addictologique aux HUG. Du point de vue biologique, les tests hépatiques étaient globalement perturbés, avec légère amélioration par la suite. Une légère thrombopénie était notée, restée stable au cours de l'hospitalisation. Il avait été rappelé au patient l'importance d'avoir un suivi gastroentérologique régulier et il avait prévu un rendez-vous à la consultation du Dr G_____ le 23 mai 2015. Du point de vue cardio-vasculaire, le patient n'avait présenté aucune plainte. Il était resté stable sous son traitement habituel. Du point de vue du diabète, son profil glycémique était équilibré. Aucune hypoglycémie n'était à déplorer. Sous « Traitement à la sortie », il était mentionné : poursuite de l'abstinence; reprise d'un suivi psychiatrique auprès du docteur H_____, psychiatrie et psychothérapie (rendez-vous le 4 avril 2015); suivi d'addictologie régulier. Rendez-vous à la consultation du Dr G_____, pour le suivi de la cirrhose hépatique; suivi des tests hépatiques et de la formule sanguine; rappel de l'importance de ne pas prendre le volant après consommation d'alcool. 12. L'assuré a déposé une demande de prestations à l'OAI le 24 juin 2015, annonçant une incapacité de travail dès le 13 juin 2013 à 100%, en raison de deux infarctus, un diabète de type 2 et une cirrhose.![endif]>![if> 13. Le professeur G_____, médecin adjoint, du service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG, a indiqué, dans un rapport médical adressé à l'OAI le 6 juillet 2015, que les symptômes actuels étaient des douleurs au thorax et à l'abdomen. Le constat médical était : ascite et ictère. Le pronostic était réservé à moyen-long terme. Il était recommandé de surveiller la fonction hépatique et une prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. La cause de l'incapacité de travail était une maladie. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : cirrhose, obésité, diabète, cardiopathie ischémique. Un trouble dépressif était annoncé comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. L'assuré avait été hospitalisé HUG du 13 au 26 juin 2014. Ce médecin a répondu par un point d'interrogation à la question : « incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée ? », et à celle savoir si cette activité pouvait encore être exercée.![endif]>![if> 14. Le docteur I_____, FMH en médecine interne, a informé l'OAI, le 8 juillet 2015, que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : surcharge pondérale; maladie alcoolique; cirrhose hépatique CHILD B avec varices oesophagiennes de stade 2; cardiopathie ischémique; NSTEMI inférieur et inféro-latéral le 13 juin 2014; syndrome obstructif modéré partiellement réversible; diabète NIR et état dépressif. Les symptômes actuels étaient un état dépressif modéré et une importante diminution de sa consommation d'alcool. L'incapacité de travail était de 100% dès le 21 octobre 2013 dans un travail dans le bâtiment. L'assuré était limité en raison des douleurs lombaires et cervicales, de son état dépressif et de la cardiopathie ischémique. Cela se manifestait par une diminution de rendement. L'activité exercée n'était plus exigible du point de vue médical. Le rendement était réduit de 100%. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle,

respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable.!

15. Selon un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 2 novembre 2015, l'assuré y a séjourné du 1^{er} au 18 septembre 2015. Le diagnostic principal était un syndrome de dépendance à l'alcool, abstinente en milieu protégé. Les diagnostics secondaires étaient : IRA AKIN 1 sur IRC; thrombopénie en amélioration; perturbation des tests hépatiques; surdosage en cyanocobalamine. Les comorbidités actives étaient : trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré sans somatisation; syndrome obstructif modéré, partiellement réversible; HTA; cardiopathie ischémique; IVC de MI de stade II; diabète de type 2 NIR, obésité de stade 1; cirrhose alcoolique Child B en juin 2014; IRC stade 2-3; cervicalgie chronique; tabagisme actif. L'assuré avait présenté une rechute depuis une dizaine de jours, à raison d'une bouteille d'alcool fort par jour. Le facteur déclenchant avait été le décès de sa mère, le 13 août 2015. À son admission, il avait signé un contrat d'abstinence auquel il s'était tenu. Le patient montrait une bonne introspection et envisageait, pour le retour, de garder l'abstinence. Du point de vue psychologique, il avait bénéficié de séances avec la psychologue d'unité et d'entretiens médico-infirmiers réguliers. L'alcool l'aidait à oublier sa souffrance. Il était conscient des conséquences de sa consommation. Son objectif était de retrouver l'abstinence complète et de prendre du recul face aux événements familiaux de ces derniers temps. À son départ, une anxiété persistante avait été constatée, avec une fragilité importante, mais une thymie améliorée. Du point de vue biologique, le patient présentait une insuffisance rénale. Étaient également relevées une perturbation des tests hépatiques, une macrocytose sans anémie et une thrombopénie, en amélioration en fin de séjour, probablement dans un contexte de sa consommation OH. Du point de vue cardiovasculaire, une valvulopathie significative était exclue. Il était conclu à un souffle fonctionnel. Le patient était resté stable sur le plan clinique, aucune DRS n'avait été rapportée. Le profil tensionnel était resté dans les objectifs thérapeutiques après diminution du traitement. Concernant le diabète, les glycémies restaient stables. Aucune hypoglycémie n'était à déplorer.!

16. Dans un rapport final du 19 avril 2016, la doctoresse J_____, médecin SMR, a relevé qu'il ressortait des éléments médicaux à disposition que l'atteinte cardiaque s'était rapidement stabilisée après la réhabilitation cardio-respiratoire, sans symptôme résiduel sous traitement pharmacologique. Il en était de même de la fonction hépatique et de la fonction rénale. La problématique principale résidait dans la dépendance à l'alcool, dont la nature devait être considérée comme primaire en l'absence de psychopathologie incapacitante. Les médecins notaient une mauvaise observance du traitement, l'assuré ayant décidé d'arrêter son traitement psychotrope et ne semblant pas avoir repris son suivi psychiatrique auprès du docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, comme préconisé lors des hospitalisations à Montana. Dans ce contexte, l'alcoolisme primaire, dont les complications s'étaient stabilisées sans limitations fonctionnelles, n'entraînait pas d'incapacité de travail durable au sens de l'AI. Il en était de même du trouble thymique modéré, qui restait sans effet sur la capacité de travail.!

17. Par projet de décision du 2 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune invalidité ne pouvait lui être reconnue et que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui était refusé.!

18. Le 13 mai 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, faisant valoir que son état de santé s'aggravait et qu'il venait de rentrer de sa dernière hospitalisation.!

19. Par décision du 16 juin 2016, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, considérant qu'aucun fait nouveau n'avait été apporté à la suite de son projet de décision du 2 mai 2016 et que les éléments produits ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. Selon le

SMR, il ne souffrait pas d'une maladie justifiant une incapacité de travail de longue durée. Dès lors, son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité. Partant, le droit à des prestations à ce titre devait lui être refusé. Il avait le devoir de diminuer le dommage et de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle. À ce titre, il était invité à suivre un traitement approprié. Un sevrage concernant l'alcool était exigible. 20. L'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 14 juillet 2016, faisant valoir son état de santé général et le fait qu'il était actuellement hospitalisé jusqu'au 1^{er} août 2016. Il demandait le réexamen de son cas. 21. Le 10 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'hospitalisation récente annoncée par le recourant semblait postérieure à la décision litigieuse. Or, les faits survenus postérieurement et ayant modifié la situation de l'assuré devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. En tout état de cause, selon le SMR, la problématique principale de l'assuré résidait dans la dépendance à l'alcool, dont la nature devait être considérée comme primaire en l'absence de psychopathologie incapacitante. Dans ce contexte, l'alcoolisme primaire, dont les complications s'étaient stabilisées sans limitations fonctionnelles, n'entraînait pas d'incapacité de travail durable au sens de l'AI. Il en était de même du trouble thymique modéré. Il était également à relever que les médecins consultés par le recourant relevaient une amélioration de l'état de santé lorsque la consommation d'alcool diminuait, confirmant ainsi la nature primaire de la dépendance à l'alcool. 22. Le 21 septembre 2016, l'assuré a transmis à la chambre de céans : - un arrêt de travail à 100%, pour cause de maladie, du 1^{er} août au 30 septembre 2016, établi par le Dr I_____ le 16 septembre 2016. - un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 1^{er} septembre 2016, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé du 12 au 29 juillet 2016. Le diagnostic principal était : dépendance à l'alcool, sevrage en milieu protégé. Les diagnostics secondaires étaient trouble dépressif récurrent; hypovitaminose substituée, perturbation des tests hépatiques globale d'origine toxique (OH) en amélioration. Les comorbidités actives étaient, notamment : cirrhose Child B éthylique; syndrome obstructif modéré, partiellement réversible; HTA traitée; cardiopathie ischémique; IVC de MI de stade II; diabète de type 2 NIR, obésité de stade 1; IRC stade 2-3; cervicalgie chronique; tabagisme actif. À l'entrée, la thymie était basse. Le patient présentait de l'anxiété et un trouble du sommeil mais pas d'idée suicidaire ni de symptôme psychotique. Le motif de l'hospitalisation était un sevrage éthylique en milieu protégé, un reconditionnement et un soutien psychologique. Le patient avait signé un contrat d'abstinence auquel il s'était tenu. Il avait bien supporté le sevrage d'alcool et avait participé au groupe addiction et aux entretiens infirmiers individuels où il avait pu montrer une bonne introspection et verbaliser les effets positifs du sevrage. Le patient était connu pour une cirrhose CHILD. Au début du séjour, une légère ascite avec des OMI avait été constatée, ce qui avait motivé une majoration transitoire du traitement diurétique, avec bonne évolution. Sur le plan respiratoire, avaient été constatés des ronchis diffus sans dyspnée, ni autre signal d'alarme, en amélioration après l'intensification du traitement bronchodilatateur. - des certificats médicaux établis par des médecins de la Clinique genevoise de Montana attestant notamment de séjours dans cette clinique du 12 au 29 juillet 2016 et précisant que son incapacité de travail était de 0% à la sortie (les autres certificats médicaux sont illisibles mais semblent se rapporter à de précédents séjours à la Clinique genevoise de Montana). 23. Le 10 octobre 2016, l'OAI a constaté que l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana du 12 au 29 juillet 2016 était postérieure à sa décision litigieuse du 16 juin 2016. Seuls pouvaient être retenus, dans le cadre de la présente

procédure, les faits antérieurs à la date de sa décision. Par ailleurs, le SMR estimait, dans un avis du 6 octobre 2016, transmis en annexe, que les documents médicaux produits n'apportaient pas d'éléments nouveaux et ne justifiaient pas d'aggravation durable de l'état de santé du recourant.![endif]>![if> 24. La chambre de céans a informé les parties le 7 juin 2017 qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte et sur les questions de la mission d'expertise.![endif]>![if> 25. Le 26 juin 2017, le recourant a demandé à la chambre de céans un délai pour lui fournir des documents. Il avait été hospitalisé dernièrement à la Clinique de Montana et devait subir une intervention aux HUG le 6 juillet 2017.![endif]>![if> 26. Le même jour, l'intimé a informé la chambre de céans qu'en l'absence de motifs justifiant la mise en place d'une expertise judiciaire, il s'opposait à cette mesure d'instruction. Si la chambre persistait dans son intention d'ordonner une expertise, il n'avait pas de motif de récusation ni questions supplémentaires à poser.![endif]>![if> 27. Le 28 juillet 2017, la chambre de céans a imparti un délai supplémentaire au 5 juillet suivant a été imparti au recourant pour se prononcer sur l'expert et le mandat d'expertise, précisant qu'elle restait dans l'attente des nouvelles pièces qu'il souhaitait produire, dès qu'elles seraient en sa possession.![endif]>![if> 28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 er 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).![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'AI.![endif]>![if> 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008).![endif]>![if> 6. 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.![endif]>![if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non

médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit

contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

9. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

10. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

11. 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).

11. 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).>[if> 12. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.>[if> Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur 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'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

13. 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En l'espèce, l'OAI a rejeté, le 16 mai 2012, une première demande de prestations de l'assuré, au motif que sa capacité de travail était de 100% dès août 2011. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations à l'OAI le 24 juin 2015. En application de l'art. 87 al. 3 RAI, cette demande ne peut être examinée que si son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 RAI. L'OAI a retenu dans la décision querellée que le recourant n'était pas invalide, sur la base d'un rapport du SMR, au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, qui lui-même se fonde essentiellement sur les rapports établis par les médecins de la Clinique genevoise de Montana. La Dresse J_____, du SMR, a considéré, le 19 avril 2016, que la dépendance à l'alcool de l'assuré devait être considérée comme primaire, en l'absence de psychopathologie incapacitante. Cette conclusion est toutefois contredite par le Dr I_____, qui a retenu, le 8 juillet 2015, plusieurs diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, notamment un état dépressif, et attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré dès le 21 octobre 2013. Dans un rapport du 6 juillet 2015, le Dr G_____ a mentionné comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : cirrhose, obésité, diabète et cardiopathie ischémique. Le 20 juin 2015, les médecins de la Clinique genevoise de Montana ont émis le diagnostic principal de dépendance à l'alcool et comme diagnostics secondaires des tests hépatiques perturbés et une thrombopénie, précisant que les comorbidités actives étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré sans somatisations; syndrome obstructif modéré, partiellement réversible; cardiopathie ischémique; diabète de type 2 NIR; cirrhose alcoolique CHILD B avec varices oesophagiennes stade II; cervicalgies chroniques; tabagisme actif ; obésité stade 1. Il apparaît ainsi que l'assuré, s'il présente une addiction à l'alcool, souffre d'autres atteintes à la santé, en particulier, sur les plans psychique, cardiologique et hépatologique. Au vu de la jurisprudence sur la dépendance à l'alcool, l'assuré aurait, dès lors, dû faire l'objet d'une appréciation globale, incluant les causes et les conséquences de sa dépendance, et l'interaction entre celle-ci et la comorbidité psychiatrique. Vu la pluralité des atteintes à la santé, une appréciation médicale aurait dû 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. Ni le rapport du SMR, ni ceux des médecins de la Clinique de Montana ne répondent à ces exigences. Il convient, en conséquence, de compléter l'instruction par le biais d'une expertise médicale qui sera confiée à un spécialiste en médecine interne, qui pourra procéder à une analyse globale de la situation de l'assuré. Les parties n'ont pas émis d'objection contre l'experte proposée ni sur le mandat d'expertise. Si le recourant dépose de nouvelles pièces à la chambre de céans, elles seront transmises à l'experte. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise médicale de Monsieur

A_____.![:endif]>[:if> B. Commet à ces fins la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, à Genève. ![:endif]>[:if> C. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :![:endif]>[:if> a) prendre connaissance du dossier de la cause ; ![:endif]>[:if> b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ; ![:endif]>[:if> c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourée de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;![:endif]>[:if> d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.![:endif]>[:if> D. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée.![:endif]>[:if> 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré.![:endif]>[:if> 3. Status clinique et constatations objectives.![:endif]>[:if> 4. a) Diagnostics selon la classification internationale ;![:endif]>[:if> b) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? c) Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui :![:endif]>[:if> a) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une ou des atteinte(s) à la santé physique ou mentale de l'expertisé ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? aa) Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et, si oui, à quel taux et depuis quelle date ? ab) Si plusieurs atteintes sont constatées, 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 ; ac) L'activité antérieure est-elle encore possible ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? ad) Une autre activité est-elle encore possible ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? b) Cette dépendance résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? En d'autres termes, une atteinte à la santé était-elle préexistante à la dépendance ? ba) Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle en elle-même une incapacité de travail et, si oui, à quel taux et depuis quelle date ? bb) L'activité antérieure est-elle encore possible ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? bc) Une autre activité est-elle encore possible ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?

E. 8

Compte tenu des diagnostics posés, l'expertisé pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui : a) laquelle ? b) à quel taux ? c) depuis quelle date ? 9. a. Quelle est l'évolution de la capacité de travail de l'expertisé depuis 2011 ?![:endif]>[:if> b. Son état de santé s'est-il modifié depuis le 16 mai 2012 (date de la 1^{ère} décision de refus de prestations de l'OAI). 10. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?![:endif]>[:if> 11. Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?![:endif]>[:if> 12. Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et les conclusions du Dr I____ (rapport du 8 juillet 2015) ? si non pourquoi ? ![:endif]>[:if> 13. Êtes-vous d'accord avec les constatations et conclusions de

la Dresse M_____ (rapport du 19 avril 2016) ? si non pourquoi ?![endif]>![if> 14.
Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 15. Faire toute remarque utile et
proposition.![endif]>![if> E. Invite l'experte à déposer dans les meilleurs délais, un rapport
en trois exemplaires à la chambre de céans. F. Réserve le fond. La greffière Isabelle
CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt
est notifiée aux parties par le greffe le

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