

# GE\_GERICHTE A/297/2016 vom 5. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_297\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_297_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/297/2016 du 5 juillet 2016

IT: GE\_GERICHTE A/297/2016 del 5 luglio 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en 1969, au bénéfice d'un diplôme universitaire en économie, a notamment travaillé dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008 en tant que chef manager auprès de B\_\_\_\_\_ AG, société dissoute par suite de faillite le \_\_\_\_\_ 2010. 2. Du 4 octobre 2010 au 31 janvier 2012, l'assuré a été détenu. 3. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012, l'assuré a été en incapacité de travail totale. 4. Le 24 octobre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). 5. Par rapport du 13 décembre 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecin praticien, a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.25), une anxiété généralisée (F41.1) et un trouble anxio-dépressif mixte (F41.2). Il a indiqué que l'assuré était venu le consulter en raison d'un double problème d'anxiété généralisée sévère ainsi que d'une alcool-dépendance sévère faisant écho à ce syndrome d'anxiété généralisée. La difficulté importante à gérer son anxiété restait le ressort essentiel des ennuis auxquels l'assuré devait faire face. L'assuré avait été hospitalisé à quelques reprises, mais le médecin traitant n'avait pas les comptes-rendus de ces hospitalisations. Une reprise professionnelle semblait tout à fait inimaginable tant que le syndrome anxieux n'avait pas pu être jugulé de façon efficace et prolongée. L'arrêt des alcoolisations pouvait être un facteur d'amélioration, mais l'intensité de l'anxiété générait des envies de boire irrépressibles qui conduisaient l'assuré à des comportements tout à fait inappropriés et à l'origine d'une recrudescence de l'anxiété. Depuis le début de l'été 2012, il était pris en charge par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 6. Le 31 janvier 2013, l'OAI a reçu un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'autres troubles anxieux (F41) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1). La vie de l'assuré avait commencé à se compliquer après l'âge de 34 ans, du fait d'une séparation avec sa compagne après huit années de vie commune. Il est alors parti en Turquie pour y travailler et ses consommations d'alcool étaient devenues quotidiennes du fait de la solitude qu'il ressentait. L'assuré y avait subi un accident grave et avait dû être rapatrié en Suisse où il avait été hospitalisé durant plus de deux mois. Depuis le début 2010, l'assuré était traité médicalement pour sa dépendance. Cette prise de conscience avec un arrêt quasi total de ses consommations s'accompagnait toutefois dans un premier temps d'un état d'anxiété important et des symptômes de la sphère dépressive apparaissaient jusqu'à devenir source de repli quasi total avec une baisse significative de ses activités, des troubles du sommeil,

une dévalorisation de soi allant jusqu'à des idées noires. Depuis le début de son traitement en 2010, les états d'angoisse se réduisaient en journée, mais continuaient à participer aux insomnies. L'état dépressif semblait s'accroître. L'assuré présentait un important ralentissement psychomoteur, des troubles de l'élocution et une importante dévalorisation de soi. Les consommations étaient maintenant quasi inexistantes. Le traitement médicamenteux était associé à un suivi psychiatrique à raison d'un entretien toutes les trois semaines et d'un suivi psychothérapeutique à raison de deux séances par semaine. L'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012 en raison de restrictions psychiques liées à un état d'angoisse permanent ne permettant pas la concentration et l'appréhension d'une activité professionnelle. L'assuré avait des moments de vide liés à l'angoisse l'empêchant d'être à la tâche et une anxiété sociale importante. L'assuré avait tenté de reprendre une activité occupationnelle proposée par l'hospice général en novembre 2012, mais il avait échoué.

7. Le 25 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible.

8. L'assuré a adressé à l'OAI des documents, soit notamment - un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 26 avril 2012, diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), une anxiété généralisée (F41.1) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1). Depuis 2008, l'assuré présentait un dysfonctionnement sexuel. Il souffrait notamment d'un abaissement de l'humeur, d'une perte d'énergie et de l'élan vital, d'un arrêt des activités professionnelles et sociales, d'une perte de tout intérêt, d'une fatigue importante, d'un ralentissement psycho-moteur, de tremblements, d'un état d'angoisse diffuse, d'insomnies, de troubles de la concentration et des idées noires. En 2003, la consommation d'alcool était devenue de plus en plus importante et en 2008, les symptômes anxieux et dépressifs étaient apparus;

- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 31 mai 2013, indiquant que l'assuré se battait avec ténacité contre une anxiété très sévère à l'origine des alcoolisations.

9. Par rapport du 16 juillet 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis environ trois mois. L'assuré apparaissait relativement ralenti dans ses fonctions cognitives. Sa capacité de travail était entière.

10. Par rapport du 9 septembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis août 2012. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il convenait de réévaluer la situation dans quelques mois, de mettre en place une reprise de travail dans une activité adaptée à 20% afin d'augmenter le temps de travail de manière progressive.

11. Par rapport du 23 novembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'hypothèse du début de l'épisode dépressif remontait à 2003/2004 et la consommation d'alcool était quasi quotidienne depuis 2008. Il convenait toutefois de s'adresser au Dr C\_\_\_\_\_ pour plus de précisions. L'assuré avait eu des accidents graves de la route sous l'emprise de l'alcool, avait été emprisonné et connaissait un dysfonctionnement sexuel depuis 2008, amélioré depuis 2013. Interrogé sur le point de savoir à quand remontait l'apparition des premiers symptômes, le médecin a noté à 2003, pour l'état dépressif avec consommation d'alcool et à 2008, pour l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs. L'incapacité de travail était totale en raison de l'état d'angoisse permanent ne permettant pas la concentration et l'appréhension d'une capacité professionnelle. L'assuré avait de bonnes facultés intellectuelles de base, mais qui étaient entamées de façon quasi-permanente par les troubles psychologiques. Il n'y avait pas de facteurs « bénéfiques secondaires ». Des mesures professionnelles étaient indiquées.

12. Le 23 avril 2014, le Service médical régional AI (ci-après le SMR) a estimé qu'un examen SMR psychiatrique était nécessaire. Il convenait de déterminer notamment l'histoire de la consommation d'alcool et à partir de quand celle-ci était devenue problématique; si la dépendance alcoolique était présente avant l'apparition du trouble de l'humeur incapacitant; en cas de comorbidité psychiatrique, quel rôle la dépendance jouait-elle dans le déclenchement et/ou l'entretien du trouble de l'humeur constaté et si le tableau psychique était potentiellement réversible en cas d'arrêt de la consommation d'alcool et du maintien de l'abstinence.

13. Convoqué pour un examen auprès du SMR, l'assuré a indiqué qu'il se trouvait en détention et a joint diverses pièces, soit notamment :

- un rapport du 29 janvier 2014 du Dr D\_\_\_\_\_ expliquant notamment que l'assuré souffrait de symptômes dépressifs et anxieux importants nécessitant au cours des dernières années et pour une durée indéterminée encore, un suivi psychothérapeutique et médical serré. L'assuré démontrait un grand investissement dans ses soins et il avait réussi, ces dernières années, à éviter une péjoration supplémentaire de son état. Des possibilités d'évolution favorable existaient sur le moyen et le long terme ;
- un rapport du 11 février 2014 du Dr C\_\_\_\_\_ indiquant suivre l'assuré depuis 2010 dans le cadre d'une symptomatologie anxio-dépressive et d'une alcoolodépendance secondaire. Depuis le 31 mai 2013, la situation de l'assuré avait évolué favorablement jusqu'en décembre 2013. À cette date, l'assuré avait appris sa comparution devant le tribunal ce qui avait provoqué un pic d'anxiété assez sévère à l'origine de nouvelles alcoolisations qui avaient été bien maîtrisées jusque-là par le traitement de baclofène. Le médecin rencontrait régulièrement l'assuré, qui se battait encore avec courage et ténacité contre son anxiété très sévère à l'origine des alcoolisations;
- un rapport du 19 mars 2014 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, indiquant que l'assuré avait fait une crise épileptique.

14. Dès le 30 septembre 2014, l'assuré a repris son suivi psychothérapeutique à raison de deux séances individuelles par semaine.

15. Par rapport du 3 mai 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que l'évolution était peu favorable, avec de nombreuses fluctuations humorales interagissant avec l'alcoolisme de façon réciproque.

16. Par rapport du 5 mai 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assuré dans sa démarche alcoologique. L'assuré souffrait d'une anxiété importante qu'il avait encore du mal à gérer et qui restait l'objet de l'attention thérapeutique car cette anxiété était à la source des multiples problèmes de l'assuré.

17. À la demande de l'OAI, par rapport du 12 octobre 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, suite à un examen de l'assuré le 7 octobre 2015, diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif, en rémission partielle (F32.5), un trouble panique sans agoraphobie (F41.0) et un syndrome de dépendance alcoolique (F12.25). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail sur la durée.

L'assuré avait travaillé pendant onze ans aux Etats-Unis, puis en Suisse dans la finance, jusqu'à la faillite abrupte de la société qui l'employait en 2009. Il disait avoir présenté à l'époque un burn-out et avoir changé d'orientation professionnelle en mettant ses compétences au service d'une organisation non gouvernementale jusqu'à fin 2010. Il rapportait alors une rupture de trajectoire de vie avec un priapisme, suivi d'une impuissance jamais acceptée. Selon l'assuré, ce problème constituait le socle de toute la problématique actuelle. Depuis lors, il avait vécu une dégringolade avec alcoolisme, des troubles psychiques, une séparation, la perte d'emploi et des difficultés économiques majeures. Il disait ne s'être jamais remis de ce qui s'était passé en 2010. Il avait aussi été incarcéré et la prison avait été un traumatisme en soi. À côté des

abus d'alcool conséquents, l'assuré avait développé une pathologie dépressive pour laquelle il avait été suivi en prison. L'assuré se plaignait d'une tristesse et d'une fatigue anormales, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une diminution de l'estime de soi, des troubles du sommeil et d'une diminution de l'appétit avec une perte de 12 kg depuis sa sortie de prison. Il disait avoir des difficultés à penser et à se concentrer et des problèmes de mémoire pour les faits récents. L'assuré rapportait des attaques de panique d'une quinzaine de minutes comprenant une gêne respiratoire, une oppression thoracique, des sudations et des palpitations. Les crises survenaient sans facteur extérieur déclenchant. À l'examen, l'assuré avait une présentation fatiguée et fatigable, avec des troubles attentionnels au départ marqués qui allaient dans le sens d'une imprégnation par des substances psychoactives. Il se montrait bienveillant, collaborait et était toujours authentique. Le jugement et le raisonnement étaient parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y avait pas de troubles du langage, en dehors d'une légère dysarthrie en début de séance. Il n'était pas manifestement triste, il pouvait sourire, il réagissait positivement à l'humour, il restait vif et gardait toujours le focus de l'entretien. Sa présentation n'était pas celle, ou plus celle, d'un sujet qui présente un épisode dépressif franc. Elle se posait en décalage avec les plaintes rapportées. L'assuré ne se montrait pas particulièrement anxieux, son visage n'exprimait pas l'inquiétude. Il ne tortillait pas ses doigts, restait calme et il n'y avait pas la fébrilité des états d'angoisse importants. L'expert retenait actuellement un épisode dépressif en rémission partielle. Il y avait eu une amélioration, au vu de ce qui avait été décrit au dossier et de ce que rapportait l'assuré. Par ailleurs, selon l'expert, étant donné que les attaques de panique survenaient tout de même une vingtaine de fois par mois, qu'elles constituaient une gêne pour l'assuré et qu'elles induisaient un certain degré de dysfonctionnement, il convenait de retenir un trouble panique sans agoraphobie. On était toutefois aux limites inférieures du seuil diagnostique. Il n'y avait pas les critères du trouble de l'anxiété généralisée. Il n'y avait pas l'anxiété sévère et chronique ni les items associés à ce trouble. L'assuré semblait avoir évolué vers un trouble panique qui était, selon l'expert, la façon la plus appropriée de désigner la problématique anxieuse de l'assuré et sa fragilité face aux facteurs de stress. Enfin, l'assuré reconnaissait qu'il abusait d'alcool au moins depuis l'automne 2010. Il rapportait de très grandes quantités à certaines époques de l'évolution. L'expert retenait donc un syndrome de dépendance alcoolique. Enfin, l'assuré ne présentait pas un trouble de la personnalité. Il avait toutefois des traits d'une personnalité dépendante et narcissique. Il n'y avait pas d'atteinte à la santé mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme. Il n'y avait pas de syndrome psycho-organique. Il avait présenté des troubles attentionnels et une légère dysarthrie qui relevaient très vraisemblablement d'une imprégnation par des substances sédatives. Ces troubles s'étaient en effet montrés réversibles lorsque l'assuré avait été stimulé. Il pouvait alors être normalement attentif et efficace. Ces troubles s'étaient par ailleurs atténués en cours de séance. Pour l'expert, ils étaient d'origine médicamenteuse, l'assuré ayant peut-être pris un comprimé de demetrim® peu avant la consultation. S'agissant de la question de savoir si des troubles psychiatriques incapacitants en soi seraient un facteur causal plus ou moins déterminant de l'alcoolisme. L'assuré présentait actuellement un épisode dépressif en rémission partielle. Le trouble avait pu être plus grave dans le passé, au vu des pièces au dossier. La pathologie dépressive de l'assuré n'avait pourtant jamais justifié de mesures lourdes, voire urgentes telles qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Tant l'expérience clinique et la littérature médicale confirmaient le fait que la pathologie dépressive diminuait de façon significative avec l'arrêt de la consommation d'alcool. Des

données de la littérature tendaient aussi à établir que l'association dépression/alcoolisme était mieux expliquée par un modèle causal où les problèmes avec l'alcool entraînaient la dépression que par celui où l'alcoolisme serait compris comme une automédication de la dépression. Selon l'expert, l'assuré ne serait probablement pas aussi déprimé qu'il était actuellement ou simplement pas du tout déprimé, s'il était sobre ou abstinent. L'alcoolisme était par conséquent primaire, de sorte qu'il ne pouvait pas être pris en compte en termes d'incapacité de travail. L'épisode dépressif, aujourd'hui en rémission partielle, ne pouvait pas être corrélé à une incapacité de travail psychiatrique per se. Par ailleurs, le trouble panique n'était pas extrêmement grave. Il pouvait fonder une certaine fragilité face aux facteurs de stress. Il n'était pas exclu que son intensité soit aussi dépendante de la consommation d'alcool et en particulier des phénomènes de manque. Dès lors qu'il n'y avait pas de conduites d'évitement phobique, il était difficile de corréler ce trouble panique à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. L'expert était persuadé que l'assuré serait capable de travailler à 100% s'il n'y avait pas un syndrome de dépendance alcoolique qui s'avérait particulièrement grave et difficile à traiter. En conclusion, l'assuré présentait essentiellement un syndrome de dépendance alcoolique primaire qui était particulièrement grave et qui avait sa comorbidité d'un épisode dépressif et d'un trouble panique sans agoraphobie. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Sans le problème de la dépendance alcoolique, il serait capable de travailler à 100%. En l'absence de graves troubles psychiatriques comorbides et au vu d'une pleine capacité de discernement, l'abstinence était raisonnablement exigible. 18. Par avis du 27 octobre 2015, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante. L'assuré ne présentait pas d'atteinte incapacitante, ni de limitations fonctionnelles. Sa capacité de travail était entière. 19. Par projet de décision du 6 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations. 20. Le 20 novembre 2015, l'assuré a contesté le projet en indiquant notamment les difficultés dues aux troubles dont il souffrait. Depuis 2012, il avait fait trois tentatives de reprises professionnelles, qui s'étaient soldées par des licenciements en raison de ses problèmes de santé. En septembre 2010, il avait subi un priapisme, le départ de son amie et une détention de 16 mois. Depuis, une longue dépression s'était installée. Il a joint une attestation du 24 novembre 2015 de Madame G\_\_\_\_\_, psychologue FSP et psychothérapeute, selon laquelle l'assuré était suivi depuis 2013 pour le traitement d'un état anxio-dépressif avec consommation d'alcool, à raison de deux séances par semaine, sous la délégation d'un psychiatre. 21. Par rapport du 30 novembre 2015 à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est dit étonné par le projet de décision dans la mesure où l'assuré souffrait de plusieurs problèmes qui obéraient considérablement sa capacité de travail, soit une anxiété d'une sévérité telle qu'elle l'obligeait à s'alcooliser de manière intense. L'alcool-dépendance était nettement secondaire au syndrome anxieux de type généralisé. Malgré une prise en charge lourde, l'assuré évoluait extrêmement lentement sur le plan psychique. Au vu de ce tableau complexe et sévère, il ne paraissait pas possible d'imaginer que l'assuré puisse travailler à 100%. Il travaillait actuellement à 50%, mais il ne pouvait augmenter ce taux, tant il souffrait également de troubles du sommeil qui invalidaient sa capacité professionnelle. Les troubles du sommeil étaient probablement liés à la dose importante de baclofène, lequel ne pouvait pas être diminué. 22. Le 6 décembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI des bilans sanguins concernant sa consommation d'alcool. 23. Le 8 décembre 2015, l'OAI a réceptionné plusieurs pièces, soit: - un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2015 expliquant notamment que l'assuré souffrait de symptômes dépressifs et anxieux importants

nécessitant encore un suivi psychothérapeutique et médical serré; [endif]>[if> - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2015, selon lequel la situation s'était nettement améliorée chez l'assuré qui consommait beaucoup moins d'alcool comme l'attestaient les résultats biologiques;[endif]>[if> - un rapport du 16 juin 2015 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne, diagnostiquant un syndrome d'apnées du sommeil sévère. L'assuré allait être revu le 6 juillet 2015 pour la suite de la prise en charge.[endif]>[if> 24. Par avis du 17 décembre 2015, le SMR a estimé que ces pièces n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du 27 octobre 2015. [endif]>[if> 25. Le 22 décembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations, étant donné qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. [endif]>[if> 26. Par acte du 28 janvier 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et à des mesures de réadaptation professionnelle.[endif]>[if> Le recourant a, en substance, fait valoir que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ n'était pas probant. Il n'avait pas effectué les tests pertinents relatifs à la dépression et il n'avait pas examiné son impuissance comme élément déclencheur de la dépression, qui avait elle-même abouti à un alcoolisme secondaire. En outre, il n'avait pas établi l'historique exhaustif de la consommation d'alcool. Il n'avait pas non plus procédé à un bilan neuropsychologique et cognitif, alors que les médecins faisaient état des problèmes de concentration, d'attention et de mémoire. Ce bilan aurait mis en évidence des atteintes cognitives. À l'appui de ses griefs, le recourant a produit notamment:

- un rapport du 15 janvier 2016 du Dr D\_\_\_\_\_, indiquant que l'évolution du recourant était lentement favorable sur le plan dépressif, anxieux et addictif au cours des dernières années. Cependant, il lui était difficile de l'imaginer travailler à 100%. Il souffrait encore d'un état psychique impliquant un effort important pour tenir une activité à 50% et il n'y arrivait pas toujours. Il nécessitait une médication anti-dépressive, anxiolytique et hypnotique ainsi que préventive de la rechute alcoolique. Cette médication avait des effets secondaires notables (fatigue, sudations, tremblements) et, partant, des effets indésirables sur la capacité de travail. Selon le médecin, il fallait des années avant que le recourant puisse travailler à un taux supérieur à 50%;[endif]>[if> - un rapport du 25 janvier 2016 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a diagnostiqué un alcoolisme chronique de longue date, en sevrage partiel depuis octobre 2015, des crises d'épilepsie récurrentes sur sevrage médicamenteux ou d'alcool, un trouble anxieux, un syndrome des apnées obstructives du sommeil, non traité et une ostéoporose fracturaire. L'alcoolisme était relativement bien contrôlé depuis quelques mois. Il survenait sur un terrain de trouble anxieux sévère. Ne connaissant le recourant que depuis un an, il lui était difficile de se prononcer sur sa capacité de travail. Elle était évidemment limitée actuellement d'environ 50% à 70%. [endif]>[if> 27. Par réponse du 25 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Le rapport d'expertise avait pleine valeur probante. Le recourant ne présentait pas de trouble psychiatrique grave selon l'expert. Il ne souffrait pas d'une atteinte incapacitante pouvant être à l'origine de l'alcoolisme, ni d'atteinte durable consécutive à sa consommation. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé du recourant. Enfin, les pièces versées avec le recours n'apportaient aucun élément susceptible de modifier l'appréciation des faits, comme l'indiquait le SMR dans un avis du 8 février 2016 versé à la procédure. Il en résulte que selon l'expert, hormis des troubles

attentionnels et une légère dysarthrie constatés dans le cadre d'une imprégnation par des substances sédatives prises peu avant la consultation, l'évaluation n'avait pas mis en évidence des troubles neuro-psychologiques durables. En outre, ces troubles s'étaient montrés réversibles en cours d'examen. Dans son rapport du 15 janvier 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ ne précisait pas si le recourant était abstinent et selon la Dresse I\_\_\_\_\_, la capacité de travail était de 50% à 70%. Selon le SMR, étant donné que l'expertise ne permettait pas de retrouver une atteinte psychique évoluant indépendamment de la problématique addictive, le tableau psychiatrique associé (syndrome dépressif, troubles anxieux) était, jusqu'à preuve du contraire, réputé potentiellement réversible. ![/endif]>![if> 28. Par réplique du 15 mars 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions, relevant notamment que contrairement à ce qu'indiquait le SMR dans son avis du 8 février 2016, la Dresse I\_\_\_\_\_ estimait que l'incapacité de travail était de 50% à 70%. Par ailleurs, le SMR ne se prononçait pas sur la problématique de l'impuissance comme facteur probable de l'origine des troubles psychiques et donc de l'alcoolisme.![endif]>![if> 29. Par duplicque du 15 avril 2016, l'intimé a fait valoir que le Dr F\_\_\_\_\_ avait tenu compte de la problématique de l'impuissance, cependant, il n'avait pas retenu de troubles psychiques en résultant suffisamment sévères pour justifier une incapacité de travail. ![/endif]>![if> 30. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable en l'espèce.![endif]>![if> 3. Le recours a été formé, compte tenu des feries du 18 décembre 2015 au 2 janvier 2016 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et ss LPGA). ![/endif]>![if> Le recours est par conséquent recevable. 4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité.![endif]>![if> 5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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> b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré,

au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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). 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). 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 8.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 9. Enfin, 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). 10. a. En l'espèce, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, que le recourant ne présente pas d'atteinte incapacitante, ce que ce dernier conteste en se référant à l'avis de ses médecins traitants. b. Par rapport du 12 octobre 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail du recourant, un épisode dépressif, en rémission partielle (F32.5), un trouble panique sans agoraphobie (F41.0) et un syndrome de dépendance alcoolique (F12.25). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail sur la durée. Selon l'expert, le recourant présentait essentiellement un syndrome de dépendance alcoolique primaire qui était particulièrement grave. Sans ce problème de dépendance, le recourant serait capable de travailler à 100%. En l'absence de graves troubles psychiatriques comorbides et au vu d'une pleine capacité de discernement, l'abstinence était raisonnablement exigible. À la lecture des pièces versées au dossier, force est de constater que les conclusions de l'expert et des médecins traitants du recourant sont diamétralement opposées. En particulier, l'expert n'a retenu aucune atteinte psychique entraînant une incapacité de travail, alors que le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'autres troubles anxieux (F41) entraînant une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012 (rapports des 31 janvier et 23 novembre 2013). Selon l'expert, l'alcoolisme est primaire, alors que le Dr C\_\_\_\_\_ est d'avis que la dépendance est nettement secondaire au syndrome anxieux

(rapports des 11 février 2014 et 30 novembre 2015). Il ne suffit certes pas que les médecins traitants expriment une opinion divergente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci. Cela étant, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction. En effet, on relèvera déjà que tout en admettant que l'épisode dépressif dont souffre le recourant a été plus grave dans le passé, l'expert n'explique toutefois pas quel était alors le diagnostic présenté par le recourant, ni à partir de quand il y aurait eu une amélioration. Son expertise ne permet pas non plus de comprendre pour quelle raison l'épisode dépressif aggravé n'aurait eu aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, alors qu'il apparaît que le recourant a été hospitalisé à plusieurs reprises, selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2012, l'expert n'a néanmoins pas sollicité une copie des comptes-rendus des hospitalisations. En outre, le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ ne comporte pas une anamnèse détaillée et descriptive des faits permettant de déterminer la chronologie et l'étiologie de l'alcoolisme. Ainsi, son expertise ne permet pas de déterminer l'histoire de la consommation d'alcool et à partir de quand celle-ci est devenue problématique, ni si la dépendance alcoolique était présente avant l'apparition des troubles dépressif et anxieux. Qui plus est, et surtout, en estimant que l'alcoolisme serait primaire, le Dr F\_\_\_\_\_ s'est prononcé in abstracto, sans tenir compte de la situation concrète du recourant. On soulignera que si l'expérience clinique et la littérature médicale peuvent certes entrer en considération, il importe toutefois que les enseignements tirés de cette expérience soient confrontés à la réalité du cas concret. Or, en l'occurrence, l'expert s'est exclusivement fondé sur les données de la littérature pour retenir que la dépendance alcoolique était primaire (p. 16 du rapport d'expertise). Compte tenu de ces éléments, force est de constater que les conclusions auxquelles a abouti le Dr F\_\_\_\_\_ n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Par ailleurs, dans la mesure où la chambre de céans ne saurait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, médecin et psychiatre traitants, il s'ensuit qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur les atteintes psychiques dont souffre le recourant. En outre, sur le plan somatique, on relèvera que le recourant souffre d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère non traité (rapports du 16 juin 2015 du Dr H\_\_\_\_\_ et du 25 janvier 2016 de la Dresse I\_\_\_\_\_). Or, cette atteinte n'a fait l'objet d'aucune instruction de la part de l'intimé, alors que le recourant se plaint de troubles du sommeil. Dans la mesure où l'intimé n'a pas du tout instruit ce point médical, il se justifie dès lors de lui renvoyer la cause afin qu'il procède à l'examen des éventuelles conséquences du syndrome d'apnées du sommeil sévère sur la capacité de travail du recourant et mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Dans ce cadre, l'expert mandaté examinera si un bilan neuropsychologique est par ailleurs nécessaire. 11. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants. 12. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 13. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoluments de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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