

GE_GERICHTE A/3023/2014 vom 9. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3023_2014

FR: GE_GERICHTE A/3023/2014 du 9 mars 2015

IT: GE_GERICHTE A/3023/2014 del 9 marzo 2015

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né _____ 1959 à Bagdad, est irakien, d'origine sunnite. Il est arrivé en Suisse dans le courant du mois d'août 1983. Il avait demandé l'asile politique qui lui avait été refusé. Il est toutefois au bénéfice d'un permis F.![endif]>![if> Depuis son arrivée en Suisse, il a occupé divers emplois, en qualité d'aide de cuisine, mais également d'opérateur sur machines d'usinage, d'aide-maçon, de jardinier et d'ouvrier de voirie. 2. En juillet 2012, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) : les problèmes invoqués étaient d'une part une dépression, et d'autre part des problèmes à la main. ![endif]>![if> 3. Le 12 août 2012, son médecin-traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a adressé un rapport à l'OAI. Il retenait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail depuis 2006 : désinsertion sociale, maladie alcoolique, état dépressif et status post-tentative de suicide ; comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, une épicondylite chronique et un tassement vertébral D12 dès 2010. L'assuré avait une incapacité de travail à 100 % du 1 er juin 2010 à ce jour. Dans son travail de voirie, les restrictions physiques mentales ou psychiques se manifestaient par un manque de concentration, une dysthymie, une instabilité. Aucune activité n'était encore exigible dans la profession exercée, en raison de son irritabilité et du manque de concentration, aucune mesure médicale ne pouvant être envisagée pour réduire ses problèmes. L'intéressé se trouvait depuis six ans à charge de l'Hospice général, après avoir atteint la fin de ses droits aux prestations de chômage. Il ne se déterminait pas en ce qui concerne les travaux pouvant encore être exigés dans une activité adaptée à son handicap, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, se bornant à relever une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance limitée en raison de la dépression.![endif]>![if> 4. Du 18 octobre au 8 novembre 2012, l'assuré a accompli un séjour à la Clinique genevoise de Montana, pour un sevrage d'alcool, principalement.![endif]>![if> Il ressort de la lettre de sortie de cette clinique que le diagnostic principal posé est une dépendance à l'alcool, abstinente en milieu protégé (F10.2). Au titre de comorbidités, on retenait un trouble dépressif récurrent (F 33), et des douleurs chroniques au bassin droit (R 52. 2). L'assuré avait signé un contrat d'abstinence à l'alcool auquel il s'était tenu. Le sevrage d'alcool s'était fait selon le score CIWA sous protection de vitamines. Il avait régulièrement participé au groupe d'addictions, aux entretiens infirmiers individuels et aux groupes de relaxation. Durant les groupes et entretiens il avait montré une bonne introspection et avait pu verbaliser les avantages du sevrage. Au début du séjour il voulait seulement diminuer sa consommation, mais à la fin de celui-ci il avait exprimé son souhait d'arrêter totalement la consommation d'alcool. Il avait souligné le fait qu'il était

devenu plus clair, qu'il avait retrouvé plus d'envie du respect, un besoin d'activités, et il avait amélioré sa thymie. Au niveau de la physiothérapie, il avait régulièrement participé à un programme associant des séances de gymnastique de groupe et d'hydromassage. Il avait bien pu profiter des activités procurées dans ces séances et avait bien pu se mobiliser. 5. Après ce séjour, l'assuré a été pris en charge par un psychiatre, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon un rapport de ce médecin du 25 mars 2013, le diagnostic retenu en tant que cause de l'incapacité de travail est : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33. 10), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance. Actuellement abstinente (F 10. 20). Au titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail : autres troubles spécifiques de la personnalité (F 60. 8). Le patient présente une difficulté à se livrer et parler de ses émotions. Il banalise ses troubles. Il est collaborant, bien orienté dans le temps et dans l'espace. On observe une thymie dépressive, un manque de motivation, une tendance à l'isolement; légère anhédonie; manque de projets; sentiment de solitude, d'échec et de culpabilité. Pas d'éléments psychotiques ni d'idées suicidaires. Les chances de réussir une réinsertion professionnelle sont minimales, vu la chronicité des troubles, le type de personnalité du patient ainsi que l'isolement social dans lequel il vit depuis plusieurs années. Il était sous traitement psychiatrique, psychothérapeutique intégré sous forme d'entretiens à quinzaine. Il refuse un traitement antidépresseur. Quant aux restrictions physiques, mentales ou psychiques, ce médecin relève une intolérance au stress, un manque d'énergie et de motivation, des difficultés dans la gestion des émotions négatives et des troubles du sommeil. Il éprouve des difficultés à maintenir une stabilité et à respecter un cadre, ainsi qu'à s'intégrer dans une équipe. Diminution de la concentration et de l'attention. 6. Sur recommandation de son service médical régional (ci-après : SMR), l'OAI a mis en place d'une expertise psychiatrique, confiée au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin-expert SIM, CAS en psychiatrie forensique. L'expert a entendu l'assuré le 27 novembre 2013, s'est entretenu avec son psychiatre, a procédé à des examens complémentaires de dosage plasmatique, a étudié tous les documents médicaux en sa possession, ainsi que le dossier de l'OAI, et rendu son rapport le 23 décembre 2013, fort d'une anamnèse détaillée, prenant en considération tous les avis médicaux, le status clinique qu'il a lui-même établi, et les plaintes et données subjectives de l'assuré. Il ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, il retient comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation continue (F 10. 25); troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F 12.25); trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F 33.01); troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et du cannabis avec troubles psychotiques avec hallucinations au premier plan (F 10 et F 12.52) et avec idées délirantes (F 10 et F 12.50); difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z 60.0); autres troubles spécifiques de la personnalité (F 60.8). Au vu de ces constatations, l'expert considère, que le problème principal est la consommation d'alcool, qui a débuté après son arrivée en Suisse, et que rien dans l'anamnèse ne permet de penser à une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité préexistants. Il considère la dépendance comme étant plutôt primaire et pas secondaire à une maladie psychiatrique. On peut dès lors exiger de l'assuré qu'il soit sevré de l'alcool et du cannabis, et qu'il prenne des médicaments psychotropes, afin qu'il retrouve sa capacité de travail. Il s'est en outre

prononcé sur les limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés : sur le plan physique : fatigue ; du point de vue psychique : interprétativité délirante, idées délirantes avec des hallucinations auditives sous l'effet de l'alcool en de grandes quantités et de cannabis. Du point de vue social : aucune limitation. 7. Sur la base des conclusions de l'expertise et de l'avis du SMR, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 25 avril 2014, concluant qu'il n'existe aucune invalidité pouvant être reconnue, et partant le droit aux mesures professionnelles et/ou à la rente d'invalidité doivent être refusés. 8. Sur quoi, le Dr B_____ a établi un certificat médical en date du 14 mai 2014. Il confirme que son patient souffre de douleurs invalidantes au niveau lombaire dans le contexte d'une arthrose interapophysaire postérieure étagée, d'une protrusion ostéophyttaire L5-S1 de localisation droite avec conflit L5 à cet endroit. Par ailleurs, son patient, illettré, souffre d'alcoolisme sévère, ayant duré trente ans de façon intermittente, actuellement sevré. La moindre charge professionnelle ferait se décompenser cette maladie rapidement. Il ne pense pas qu'on devrait lui imposer de travailler. Il a produit un rapport d'imagerie médicale du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, du 21 janvier 2014. 9. Le 19 mai 2014, le psychiatre traitant a lui aussi établi un certificat médical, à la demande du patient. Il confirme suivre ce dernier depuis décembre 2012 pour alcoolisme chronique et trouble dépressif récurrent. Sa personnalité rend difficile la prise en charge de ses troubles. Cette personnalité est caractérisée par des traits immatures antisociaux. Il lui semble clairement que ce patient ne peut pas travailler ni s'intégrer dans une équipe en raison des troubles cités. 10. Sur la base des certificats médicaux susmentionnés, l'OAI a encore interpellé l'assuré et lui a imparti un nouveau délai de trente jours pour produire des documents probants, médicaux ou professionnels, propres à étayer des objections fondées quant au caractère erroné de l'appréciation actuelle de l'office. À défaut, une décision conforme au projet serait rendue. 11. Sur quoi l'OAI a rendu une décision le 19 septembre 2014, en tous points conforme au projet susmentionné. 12. Par courrier recommandé du 1^{er} octobre 2014, reçu le 2 par l'intimé, et transmis le jour-même à la chambre de céans pour raison de compétence, l'assuré a recouru contre cette décision. Son médecin l'avait encouragé à faire recours. Il était actuellement d'une extrême fragilité mentale et en pleine dépression. Ce qui se passe dans son pays d'origine, et le fait qu'il n'ait plus aucune nouvelle de sa famille sont certainement pour quelque chose dans son état moral. De surcroît il a des problèmes de dos et ne peut absolument pas rester debout pendant un certain temps. Il ne dort pas pendant la nuit et est obligé de prendre des calmants. Dans ces conditions il ne lui est pas possible de retrouver un travail dans son ancien métier, très physique. De plus, son instabilité émotionnelle ne lui permettrait pas, actuellement, de s'investir à moyen terme dans un job, quel qu'il soit. 13. L'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé les conditions auxquelles la dépendance, qu'elle prenne la forme d'alcoolisme, de pharmacodépendance ou de toxicomanie peut jouer un rôle dans l'assurance-invalidité, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. 14. Le recourant a été invité à consulter le dossier produit par l'intimé, et à formuler des commentaires éventuels au sujet de la réponse au recours. Il ne s'est pas manifesté. 15. Sur quoi la chambre a entendu les parties en comparution personnelle et procédé à l'audition du médecin traitant du recourant, le Dr B_____, en date du 23 février 2015. Le recourant a indiqué qu'actuellement il ne travaille pas. Après la fin de ses droits aux prestations de chômage en 2006, il avait été pris en charge par l'Hospice général qui l'avait fait travailler occasionnellement. Il a évoqué ses problèmes de

dos, en expliquant dans un premier temps qu'ils seraient dus aux suites d'un accident, pour expliquer en définitive qu'ils seraient apparus progressivement. S'agissant de ses problèmes psychiques de dépendance à l'alcool, il a affirmé qu'il ne boit presque plus actuellement. Il a cependant admis boire peut-être une à deux fois par mois, et lorsque cela le prend, il n'arrive plus à s'arrêter et cela dure une semaine. Ses problèmes psychiques l'empêchent de travailler. Il ne dort pas la nuit. Le Dr B_____ a expliqué qu'il suit régulièrement ce patient depuis 2010. Il s'agit d'un cas complexe, dès lors qu'il souffre de maladie psychique d'une part, mais également de problèmes somatiques. Il a revu son patient en dernier lieu à fin janvier 2015, le voyant une fois par mois pour vérifier s'il est toujours incapable de travailler, à la demande de l'Hospice général. Il est actuellement toujours totalement incapable de travailler, cette incapacité étant essentiellement due à ses problèmes psychiques. Il a souffert de problèmes d'alcoolisme sévères, dont il semble actuellement s'être quelque peu distancé. Il a tenté à plusieurs reprises de le remettre dans le circuit du travail, mais à chaque tentative, il est retombé dans son éthylisme, chaque fois qu'apparaissait la moindre pression liée à une activité professionnelle. Les problèmes somatiques sont aujourd'hui relégués au second plan. Dans son rapport initial à l'OAI, il avait retenu les diagnostics d'épicondylite chronique et de tassement vertébral comme sans effet sur la capacité de travail. Il a confirmé que son patient, à la sortie de son séjour à la clinique de Montana, se trouvait dans un bien meilleur état que précédemment, sur tous les plans. Il avait malheureusement récidivé plusieurs fois par la suite, notamment vers la fin de l'année 2013, tant par rapport à son alcoolisme que par rapport à ses douleurs lombaires. S'agissant du refus du recourant d'accepter un traitement antidépresseur, il a confirmé les documents médicaux qui en faisaient état, relevant que son patient n'avait en réalité pas pris conscience de ce qu'un tel traitement serait de nature à limiter ses risques de rechute par rapport à son problème d'alcoolisme. Il en était resté à l'idée que les antidépresseurs ne le préserveraient pas de l'envie de boire. Il ne peut pas donner de précisions en ce qui concerne l'état actuel d'un traitement d'antidépresseurs, cet aspect étant délégué à son psychiatre traitant, mais il peut simplement constater, qu'il est généralement bien lorsqu'il le rencontre. S'agissant de son certificat médical du 14 mai 2014, et en particulier des douleurs invalidantes au niveau lombaire relevées dans ce document, il a précisé que l'on avait constaté une recrudescence des douleurs somatiques en janvier 2014. Il a toutefois insisté sur le fait que ces douleurs somatiques étaient souvent liées à son état dépressif et qu'il était difficile de dissocier les problèmes purement somatiques de ses difficultés psychiques. Dans le doute il avait été pratiqué une IRM. On ne pouvait pas considérer que les problèmes de dos soit générateurs en eux-mêmes d'une incapacité de travail durable. S'agissant de l'IRM lombaire de janvier 2014, certainement qu'à l'époque l'imagerie montrait la réalité de douleurs somatiques, mais une fois encore, ces douleurs n'ont jamais pu justifier la moindre invalidité. 16. A l'issue de l'audience, la chambre a retenu 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. 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> 3. Le litige porte sur la question de savoir si

c'est à bon droit que l'OAI a nié toute invalidité au recourant au motif que la dépendance à l'alcool et au cannabis dont il souffre est primaire et ne constitue pas une atteinte à la santé ayant elle-même valeur de maladie invalidante, et s'il est parvenu à cette conclusion au terme d'une instruction complète prenant en compte tous les éléments médicaux pertinents.!

4. 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.!

5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :!

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. aux termes de cette année, il est invalide à 40 % au moins. 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité,

l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à apporter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 261 consid. 4).!

7. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, page 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p.

142).!

8. 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'un rapport médical, 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 d'une 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 dans la cause 9C_773/2007 consid.

2.1).!

9. 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).>[if> 10. 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).>[if> 11. 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).>[if> 12. 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 malade, 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 ; VSI 2001, page 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).>[if> 13. 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_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

14. 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).

15. Dans le cas d'espèce, l'OAI a nié le droit aux mesures professionnelles et/ou à la rente d'invalidité, en se fondant sur l'avis du SMR du 8 avril 2014, basé sur ses propres constatations du 9 juillet 2013 et sur le résultat de l'expertise réalisée par le Dr D_____ . Au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, la chambre des assurances sociales constate que l'expertise mise en place par l'intimé au stade de la procédure administrative a été confiée à un médecin indépendant. Elle a été établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Le rapport se fonde sur des examens complets, et prend également en considération les plaintes exprimées par l'expertisé, l'expert ayant examiné l'intéressé lors d'un entretien approfondi, et procédé à des examens spécifiques, l'expertise ayant été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, après que l'expert s'est entretenu avec le psychiatre traitant. La description du contexte médical ne souffre pas de critiques. L'appréciation du cas et le pronostic tiennent compte de tous les éléments recueillis par l'expert, ce dernier ayant confronté ses propres constatations aux allégations de l'assuré, mettant en évidence certaines contradictions entre les déclarations de l'expertisé au sujet de sa consommation d'alcool et de cannabis, et le résultat des examens auxquels il avait procédé, expliquant de façon claire et convaincante, les raisons pour lesquelles il parvenait à des conclusions éventuellement différentes de celles des médecins traitants, mettant par exemple en évidence qu'au moment de l'examen il n'avait décelé aucuns troubles cognitifs au niveau de la mémoire, pas plus qu'au niveau de la

concentration, mais plutôt une méfiance et une susceptibilité avec une certaine interprétativité. Il a démontré de façon convaincante la raison pour laquelle il parvenait à la conclusion qu'en l'absence de pathologie psychiatrique préalable, et vu l'origine de la consommation d'alcool et de cannabis du recourant, après son arrivée en Suisse, on devait considérer sa dépendance à l'alcool et au cannabis comme primaire, et non pas secondaire, mais également les raisons pour lesquelles on devait pouvoir exiger de l'assuré qu'il soit sevré de l'alcool et du cannabis ainsi que de prendre des médicaments psychotropes afin de retrouver une capacité de travail : l'assuré avait en effet subi avec succès son sevrage lors de son séjour à la clinique de Montana, mais il s'était également abstenu de consommer de l'alcool lors de son séjour dans son pays natal, en 2013. Il s'est également prononcé sur toutes les questions qui étaient posées, et notamment expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que des mesures de réinsertion professionnelle n'avaient guère de chance d'aboutir, dans le cas particulier de l'assuré, et enfin les raisons pour lesquelles on devait lui reconnaître une pleine capacité de travail dans ses activités précédentes comme dans toute activité adaptée. Ainsi, le rapport d'expertise revêt une pleine valeur probante. On relèvera aussi que les médecins traitants qui se sont prononcés après l'expertise, dans leurs écrits comme dans leurs déclarations en audience, s'agissant du Dr B _____, n'ont guère critiqué l'expertise psychiatrique ordonnée par l'intimé, et encore moins apporté le moindre élément qui pourrait faire douter de la pleine valeur probante du rapport d'expertise. S'agissant du recourant, il n'a lui-même pas émis de critique au sujet de l'expertise, et encore moins fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui soient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

16. En revanche, dans la mesure où l'administration, au moment de sa décision, doit prendre en compte tous les éléments et atteintes à la santé, dont elle a connaissance, et qui pourraient avoir une incidence sur une incapacité de travail, la chambre de céans, constatant qu'entre l'envoi du projet de décision, et le prononcé de celle-ci, l'assuré avait encore produit des documents faisant état d'atteintes somatiques, certes déjà connues, mais dont l'incidence pouvait ne pas avoir été prise en considération de manière adéquate par l'intimé s'il devait y avoir eu aggravation en cours de procédure administrative, elle a procédé à des enquêtes, en particulier à l'audition du médecin traitant du recourant, le Dr B _____, en interrogeant ce dernier de façon très précise, sur cet aspect. Elle a de même interrogé le recourant sur ce sujet: il est apparu qu'en définitive, les atteintes somatiques décrites n'avaient effectivement aucune incidence sur une éventuelle invalidité, l'audition du médecin traitant et du recourant confirmant au contraire que le problème essentiel sinon exclusif de l'assuré relevait de sa dépendance à l'alcool.!

17. En conséquence, le recours en tous points mal fondé sera rejeté.

18. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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