

GE_GERICHTE A/3135/2014 vom 29. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3135_2014

FR: GE_GERICHTE A/3135/2014 du 29 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/3135/2014 del 29 giugno 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, ayant exercé l'activité de conseiller en personnel dans des agences de placement, a déposé en date du 11 septembre 2010 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). **!**[endif]>!**!**[if> 2. Le 1^{er} octobre 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, a indiqué que l'assuré souffrait d'une hépatopathie chronique et d'hypertension portale. L'évolution avait été favorable, avec une amélioration de la fonction hépatique. L'incapacité de travail était de 100% depuis plus d'une année (sans pouvoir préciser depuis quand exactement). L'assuré rencontrait des problèmes de concentration et souffrait d'asthénie. Ses restrictions physiques et psychiques n'étaient pas compatibles avec un emploi. Pour le reste, le médecin renvoyait au médecin traitant, le docteur C_____. **!**[endif]>!**!**[if> 3. Celui-ci, dans un rapport du 7 octobre 2010, a conclu à une cirrhose hépatique ainsi qu'à un status après fracture de l'épaule en 2010 et à une totale incapacité de travail depuis février 2009. **!**[endif]>!**!**[if> 4. Ont été versés au dossier : **!**[endif]>!**!**[if> - une lettre de sortie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) datée du 30 juillet 2010, retenant le diagnostic de cirrhose alcoolique avec douleurs abdominales et, à titre de diagnostics secondaires, ceux d'hépatomégalie, de gastropathie porte modérée, d'ascite sur hypertension portale, de syndrome de sevrage alcoolique, de dépendance aux benzodiazépines, d'hypokaliémie, d'anémie et de hernie hiatale ; **!**[endif]>!**!**[if> - un rapport rédigé le 19 août 2009, à la sortie de l'assuré du centre d'accueil et d'urgence des HUG, dont il ressort qu'il était connu pour une maladie alcoolique avec plusieurs antécédents de suivis à la policlinique de médecine, de sevrages et de suivis interrompus à Phénix ; il est relaté que la vie du patient a été marquée par des événements traumatiques dans l'enfance (suicide de son père alors qu'il était âgé de 17 ans), qu'il a travaillé six ans à la légion étrangère avant d'obtenir un emploi de responsable en ressources humaines qu'il a conservé durant dix-sept ans, qu'au printemps 2009, il a été licencié en raison de son problème alcoolique, que sa situation sociale est alors devenue difficile (dettes) ; il avait été hospitalisé après avoir été retrouvé en phase d'alcoolisation massive, endormi dans son lit, alors que le matelas prenait feu car il n'avait pas éteint sa cigarette ; **!**[endif]>!**!**[if> - un rapport dont il ressort que l'assuré a été à nouveau hospitalisé le 21 octobre 2009 en état d'ébriété. (3‰ à l'alcotest). **!**[endif]>!**!**[if> 5. Le 9 mai 2011, son médecin traitant a attesté d'un alcoolisme chronique avec répercussions physiques. **!**[endif]>!**!**[if> 6. Interrogé une nouvelle fois fin 2012, le médecin traitant a répondu en date du 19 novembre 2012 qu'au niveau gastro-entérologique, la situation était stable (cirrhose hépatique compensée, fréquentes plaintes secondaires pour une lithiase vésiculaire ne pouvant être opérée en

raison de l'état général du patient). L'assuré n'était pas abstinent, sa capacité de travail était nulle et les limitations fonctionnelles étaient principalement dues à son état général et à la limitation rencontrée suite à une fracture de son épaule gauche. Aucune activité n'était adaptée à l'état de son patient. L'assuré a alors été adressé pour expertise au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et ancien chef de clinique adjoint du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) qui a rendu son rapport en date du 15 août 2013, sur la base d'un examen et du dossier mis à sa disposition. L'expert s'est livré à une anamnèse détaillée et s'est fait l'écho des plaintes de l'assuré. Après s'être livré à un examen clinique détaillé et complet et avoir examiné le dossier radiologique de l'intéressé, l'expert a retenu à titre de diagnostics : des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage avec convulsions, un trouble de l'équilibre et une discrète polyneuropathie d'origine alcoolique et une ankylose partielle de l'épaule gauche (status après fracture sous-capitale humérale gauche en septembre 2009). Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une cirrhose hépatique d'origine alcoolique et un status après sigmoïdectomie pour diverticulite en 2003. Le médecin a relaté que l'assuré, au bénéfice d'une formation de monteur-électricien, avait été légionnaire durant cinq ans, puis électricien, puis gérant de café. Entre 1997 et 2008, il avait été actif en qualité de conseiller en personnel, finalement licencié en raison de son alcoolisme chronique. Sa situation psychosociale s'était alors délitée au cours des années (endettement, perte de l'appartement). Depuis lors, il vivait chez sa mère. L'assuré n'avait pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique spécialisé en dehors de ses tentatives de sevrage. Au moment de l'expertise, l'assuré était en cours de sevrage. L'expert a estimé qu'il était beaucoup trop tôt pour esquisser un pronostic s'agissant de ce sevrage (le 4^{ème} ou le 5^{ème}). Il a constaté que, malgré la sévérité de l'addiction tant à l'alcool qu'aux benzodiazépines, l'état général était « remarquablement conservé », avec peu de stigmates d'alcoolisme visibles et pas de signes de décompensation hépatique, malgré une hépatomégalie massive. En revanche, l'assuré était profondément déconditionné. Les limitations fonctionnelles résultaient des troubles cognitifs liés au sevrage (asthénie, manque d'énergie, tremblements, transpiration profuse), symptomatologie qui devait s'améliorer dans les prochaines semaines. En tant que complications de la maladie alcoolique, le médecin a relevé une cirrhose compensée pour laquelle le port de charges était cependant déconseillé, ainsi que des troubles de l'équilibre dans le contexte d'une atteinte centrale et périphérique liée à l'alcoolisme et une polyneuropathie modérée des membres inférieurs, susceptible de s'améliorer en un laps de temps de six mois. S'agissant de l'épaule gauche (status après fracture multi-fragmentaires sous-capital humérale gauche en septembre 2009, probablement déplacée à une ou deux reprises à la suite de chutes), l'expert a précisé qu'elle n'était pas douloureuse mais qu'elle n'était plus fonctionnelle à partir de 80° d'élévation chez un assuré droitier. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : éviter le port de charges, le travail en hauteur ou sur terrain accidenté, les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche. Le syndrome de sevrage entraînait alors une totale incapacité de travail, mais la situation était susceptible de s'améliorer en quelques semaines. L'activité de monteur-électricien était compromise, en revanche, celles précédemment déployées par l'assuré (conseiller en personnel, en particulier) seraient vraisemblablement possibles dans un délai de six mois. Si l'abstinence se poursuivait, il fallait s'attendre à une nette amélioration des troubles, si bien qu'une reprise d'activité professionnelle serait théoriquement possible en janvier 2014. Hormis les périodes d'hospitalisation de 2009 et 2010 et durant le sevrage, en 2013, le médecin a

estimé qu'il y avait une capacité de travail adaptée exigible à plein temps et sans perte de rendement, non mise à profit en raison de l'alcoolisme. En définitive, l'expert a conclu à un alcoolisme primaire, affection en soi non handicapante. 8. Convoqué par un collaborateur de l'OAI, l'assuré s'est présenté en état d'ébriété avancé. Un second rendez-vous lui a été fixé, auquel il ne s'est pas présenté. 9. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au service médical régional de l'AI (SMR), plus particulièrement à la doctoresse E_____ qui, le 24 avril 2014, a émis l'avis que l'assuré, s'il avait persisté dans son abstinence, aurait probablement été en mesure de récupérer une pleine capacité de travail médico-théorique dès janvier 2014 dans une activité adaptée. 10. Le 27 mai 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui refuser le droit à toute prestation. 11. L'assuré a manifesté son désaccord avec ce projet. 12. Par décision du 16 septembre 2014, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité. 13. Par écriture du 15 octobre 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en faisant valoir qu'il est sans domicile fixe, qu'il rencontre des problèmes de vue, d'audition et de vésicule biliaire, qu'il a une « masse noire sur la ratte » (sic), et qu'il souffre d'une hernie hiatale. Il ajoute être sous traitement, être suivi par trois médecins et être dans l'attente d'une « grosse opération ». Il allègue souffrir également du dos, de l'épaule gauche, d'arthrose et « demande à être apatride » (sic). A l'appui de son recours, l'assuré produit :

- un certificat médical établi le 7 octobre 2014 par le docteur F_____, médecin traitant, indiquant que son « état de santé nécessite un arrêt de travail à 100% pour cause de maladie » du 1^{er} au 31 octobre 2014 ;
- un rapport de scanner abdominal du 24 septembre 2013 concluant à une hépatomégalie dans un contexte cirrhotique connu, à l'absence de lésion focale suspecte de carcinome hépatocellulaire, à un pancréas de taille normale sans signe d'infiltration œdémateuse du parenchyme pancréatique et des structures avoisinantes, à une vésicule contractée et lithiasique et, au niveau intestinal, à un status post sigmoïdectomie, sans autre critère de gravité.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 novembre 2014, a conclu au rejet du recours. L'intimé rappelle en substance que la toxicomanie ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail et qu'elle doit répondre à certaines conditions pour se voir reconnaître un caractère invalidant. L'intimé se réfère à l'expertise du Dr D_____, réalisée alors qu'un sevrage était en cours. Les limitations fonctionnelles constatées résultaient alors des troubles cognitifs reliés au sevrage. Il était prévu que la symptomatologie s'améliore, pour autant que l'abstinence se poursuive (nette amélioration des troubles cognitifs, des troubles cérébelleux et probablement, partiellement, de la polyneuropathie), de sorte qu'une activité professionnelle pourrait théoriquement être reprise fin janvier 2014. Le sevrage a malheureusement été abandonné. L'intimé soutient que l'assuré souffre au premier plan d'une dépendance à l'alcool de type primaire, actuellement sévèrement et active. La toxicomanie n'a pas provoqué d'atteinte à la santé assimilable à la maladie et n'étant pas elle-même la conséquence d'une telle atteinte, le droit aux prestations doit être nié. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur

le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et lui ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. 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 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. 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. [endif]>![if> Parmi ces atteintes à la santé psychique, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant 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 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b). A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225; VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319). En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013). 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 (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3). 10. En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations sur la base, principalement, du rapport d'expertise rendu par le Dr D_____.[endif]>![if> Le recourant invoque quant à lui un certain nombre de problèmes de santé, dont force est de constater qu'ils ont tous été pris en considération par l'expert. Il ressort néanmoins du rapport de celui-ci que la cirrhose dont souffre le recourant n'a aucune répercussion sur sa capacité de travail, que les autres limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à son épaule ou encore sa polyneuropathie - qualifiée de discrète ou modérée - sont compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée telle que celle de conseiller en placement, déjà exercée durant plusieurs années par l'intéressé. Il ne ressort pas du dossier que l'alcoolisme serait lui-même la conséquence d'une maladie invalidante, puisque jamais l'assuré n'a fait l'objet d'un suivi psychiatrique spécialisé en dehors de ses tentatives de sevrage. Qui plus est, l'état général « remarquablement conservé », du recourant, en dépit des circonstances, a été souligné. Eu égard à ces considérations, c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'une pleine capacité de travail restait exigible dans l'activité habituelle, adaptée aux quelques limitations retenues en lien avec les atteintes consécutives à l'alcoolisme. L'incapacité dans laquelle se trouve le recourant de réintégrer le marché de l'emploi n'est imputable pour l'heure qu'à son alcoolisme et, en tant que telle, elle ne relève pas du domaine de l'assurance-invalidité. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 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.