

# GE\_GERICHTE A/3280/2018 vom 19. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3280\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3280_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/3280/2018 du 19 mars 2019

IT: GE\_GERICHTE A/3280/2018 del 19 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1961 et originaire du Sri-Lanka, est arrivé en Suisse en 1991. Depuis lors, il a travaillé à plein temps comme employé polyvalent dans la restauration.![endif]>![if> 2. Dans un rapport du 23 octobre 2012, le professeur B\_\_\_\_\_, médecin associé à la policlinique de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une suspicion de syndrome de tachycardie orthostatique posturale. L'assuré avait consulté pour des vertiges. Les antécédents et comorbidités consistaient en un sevrage d'alcool depuis juillet 2012, des possibles crises d'épilepsie en 2005 et 2010 sur sevrage d'alcool et des gonalgies gauches. Depuis 2006, l'assuré souffrait d'une sensation d'étourdissement avec intolérance à l'effort, d'une fatigue et d'une dyspnée. Il avait eu trois syncopes ou pré-syncopes depuis lors.![endif]>![if> 3. Divers certificats d'arrêt de travail ont été prescrits à l'assuré dès 2014, notamment par le Service de médecine de premier recours des HUG (ci-après : SMPR). L'assureur perte de gain a versé à l'assuré des indemnités journalières dès le 8 décembre 2014, sur la base d'une totale incapacité de travail. L'assuré a ensuite été licencié par son employeur, avec effet au 31 mai 2015.![endif]>![if> 4. Le 12 juin 2015, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a indiqué souffrir de vertiges et tremblements. Dans le cadre de la détection précoce, il a précisé être victime de trois malaises par jour, avec perte de connaissance.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 13 février 2015 adressé à l'assurance en cas de perte de gain, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un syndrome de dépendance à l'alcool (F 10.2) et aux benzodiazépines (F 13.2), se manifestant insidieusement depuis une vingtaine d'années. Un premier sevrage avait eu lieu aux HUG. Après six mois d'abstinence, l'assuré avait rechuté, puis été suivi par la consultation d'addictologie des HUG. Il avait séjourné à la clinique de Belmont du 2 au 9 février 2015 et était suivi depuis lors à l'hôpital de jour.![endif]>![if> 6. Les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMPR, ont transmis un rapport à l'assurance-invalidité le 27 novembre 2015. Ils y ont retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de vertiges d'étiologie indéterminée, présents depuis 2006, de tremblement des membres supérieurs d'étiologie indéterminée, présent depuis 2011, ainsi que de dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, présente en tout cas depuis 2003. Ils ont également signalé un reflux gastro-œsophagien, sans effet sur la capacité de travail. L'assuré, qui était traité par le SMPR depuis le 18 décembre 2014, était connu de longue date pour une dépendance à l'alcool avec sevrages en 2003, 2010, 2012, 2014, ainsi que mars 2015. Actuellement, il

était abstinent. Depuis 2006, il présentait des vertiges en augmentation progressive, lesquels étaient devenus constants. Depuis 2011, étaient également apparus des tremblements des membres supérieurs qui conduisaient parfois à des lâchages d'objets. Ces symptômes persistaient malgré le sevrage d'alcool. Le traitement d'un éventuel syndrome de tachycardie orthostatique posturale s'était soldé par un échec. Il n'y avait pas eu d'amélioration des vertiges sous traitement d'un trouble dépressif. L'assuré présentait des symptômes de longue durée, sans étiologie clairement identifiée, et il y avait eu plusieurs échecs de traitement, de sorte que les chances d'amélioration paraissaient très faibles. Actuellement, le traitement consistait en un suivi mensuel en médecine de premiers recours pour un sevrage d'alcool. Un travail précis des mains était impossible et l'assuré souffrait d'une sensation vertigineuse permanente. L'activité exercée n'était plus exigible et le rendement était réduit en raison des vertiges permanents et d'une manipulation des outils difficile, respectivement imprécise. Une activité adaptée, exercée en position assise, sans travail de précision des mains, ni longues marches, ni montées d'échelles, était probablement possible à temps partiel.

7. Dans un rapport du 16 décembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (F 33.1) évoluant depuis 2012, de syndrome de dépendance à l'alcool, en rémission récente, évoluant depuis 2004 (F 10.200) et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines, en cours de sevrage, évoluant depuis 2012 (F 13.201). Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un syndrome vertigineux et une polynévrite carentielle marquée aux quatre membres, évoluant depuis 2012, ainsi que des gastralgies et un reflux gastro-œsophagien, majorés par les alcoolisations. La dépendance à l'alcool évoluait depuis une vingtaine d'années, avec une déchéance affective, professionnelle et sociale importante. L'assuré avait effectué un premier sevrage aux HUG en été 2013. Après une période de six mois d'abstinence, il avait rechuté et entamé un suivi à la consultation d'addictologie des HUG. Dès l'admission, il avait subi une désintoxication à l'alcool, sous fortes doses dégressives d'oxazépam, d'hydratation et de vitaminothérapie, conjointement à l'introduction d'un traitement antidépresseur et d'un aversif à l'alcool. Bien que le séjour s'était limité au seul sevrage physique d'alcool – car l'assuré ne parlait presque pas le français et n'avait pas pu participer aux groupes thérapeutiques –, des entretiens psychologiques individuels avaient permis de mettre en évidence des facteurs incitateurs, tels qu'un énorme isolement social, une séparation familiale et une absence d'intégration, même au sein de sa propre communauté. Le pronostic était favorable, si l'assuré observait une abstinence complète d'alcool et poursuivait son suivi aux HUG. Ses restrictions étaient d'origine purement psychiatrique, en relation avec son état dépressif et ses dépendances. Le Dr C\_\_\_\_\_ a notamment joint :

- un rapport du 23 février 2015, relatif à un séjour de l'assuré du 2 au 9 février 2015 à la clinique de Belmont, puis à un suivi ambulatoire du 10 au 20 février 2015. Les gastralgies répondaient bien à l'abstinence de l'alcool et à la poursuite du traitement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Le tremor et les vertiges cédaient lentement à la substitution vitaminique. L'apprentissage de la langue française devait être stimulé pour favoriser son intégration ;

- une lettre de sortie, relative à un séjour de l'assuré du 4 au 24 mars 2015 dans le service de médecine interne de réhabilitation des HUG pour un sevrage d'alcool et de benzodiazépines. Il en ressort que la doctoresse F\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, a retenu les diagnostics de syndrome anxieux, de suspicion de syndrome de tachycardie orthostatique posturale, de syndrome vertigineux et de gonalgie gauche. L'assuré effectuait un sevrage alcoolique substitué. Malgré ce

traitement, il présentait des tremblements importants, des sudations, des nausées importantes avec fourmillements. Il avait été victime, le 26 février 2015, d'un malaise sur sevrage de benzodiazépines trop rapide. Au cours de l'hospitalisation, les symptômes avaient diminué de manière significative. Les divers bilans réalisés permettaient de conclure que les différents symptômes que présentait l'assuré étaient associés au sevrage de l'alcool et des benzodiazépines. 8. L'assurance perte de gain a demandé au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, d'examiner le bien-fondé de l'incapacité de travail et de pronostiquer une reprise de celui-ci. Dans son rapport du 9 mars 2016, ce médecin a précisé que l'assuré avait subi une cholécystectomie en janvier 2016 et qu'il se plaignait de vertiges continuels, accompagnés d'une oppression sur les tempes. Il disait avoir cessé toute consommation d'alcool (bières) depuis plus de trois mois. À l'issue de son examen, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail de l'assuré n'était pas nulle et que dès la mi ou fin mars 2016, elle devait pouvoir atteindre 50% dans un secteur professionnel identique à son activité antérieure. 9. L'assurance perte de gain a prolongé, jusqu'au 15 avril 2016, l'échéance d'une reprise du travail à 50% afin de permettre à l'assuré de s'inscrire auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), ce qu'il a fait, le 16 avril 2016, tout en étant au bénéfice de certificats d'incapacité de travail. Dans un préavis du 31 août 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et médecin-conseil de l'OCE, a estimé que l'assuré pouvait exercer à 30-50% une activité exercée seulement en position assise. Il a en outre préconisé une réorientation professionnelle par l'assurance-invalidité. Sur le plan psychiatrique, hormis une anxiété plus ou moins soignée, il n'y avait pas d'autre pathologie évidente. Les forts vertiges en position debout, qui limitaient les déplacements, constituaient le problème majeur. 10. Sur demande de l'OAI, la doctoresse H\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au SMPR, a estimé dans un rapport du 23 mars 2017 qu'une activité professionnelle à 50% dans une activité adaptée, exercée essentiellement en position assise, sans port de charges ni déplacements intempestifs afin de minimiser les risques de chute, pourrait convenir à l'assuré. 11. L'OAI a diligencé une expertise auprès du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 15 mars 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail suivants : trouble dépressif récurrent (diagnostic différentiel : trouble dépressif léger induit par la consommation d'alcool) ; trouble de l'usage de l'alcool et des benzodiazépines léger à moyen, utilisation continue ; vertiges d'origine indéterminée, éventuellement avec une composante anxieuse. L'expert n'a pas constaté de fœtor éthylique, de troubles neuropsychologiques, d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme, d'idéation suicidaire, de trouble de l'anxiété, de troubles alimentaires, de trouble psychotique ou de trouble majeur de la personnalité. La dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines s'était installée progressivement en 2003, sans facteur déclenchant dans l'environnement social, familial ou professionnel de l'assuré. Il était difficile de mettre en exergue une problématique psychique qui pût être à l'origine de cette dépendance. L'expert concluait à un trouble primaire de l'usage de l'alcool et des benzodiazépines. La symptomatologie anxio-dépressive n'était plus que légère, en raison d'une certaine modération de la consommation d'alcool. Il était difficile d'apprécier une symptomatologie dépressive lorsqu'un sujet consommait de l'alcool de manière chronique. En l'occurrence, l'expert retenait un épisode dépressif majeur, probablement récurrent, mais actuellement seulement de gravité légère. Si l'assuré décrivait des troubles impressionnants, ceux-ci étaient atypiques et surtout rapportés par lui-même, sans que l'expert ne pût dès lors

poser un diagnostic conduisant à reconnaître une incapacité de travail. Dans une activité peu qualifiée, la capacité de travail devrait être entière. La diminution des capacités fonctionnelles était secondaire aux vertiges allégués et certainement à l'éthylisme. Il existait également de nombreux facteurs qui sortaient du champ médical, tels l'absence d'intégration socioculturelle, l'âge, les compétences professionnelles limitées et la situation économique. Il était difficile de dire si le syndrome de dépendance avait entraîné un trouble irréversible, car une polyneuropathie était évoquée, qui demanderait à être objectivée. Une réadaptation n'était pas indiquée, car l'assuré pourrait mieux travailler dans des activités peu qualifiées, comme celles qu'il réalisait précédemment, même si la restauration et surtout le travail en cuisine étaient souvent liés à la consommation ou à la tentation de consommer de l'alcool. L'assuré pourrait occuper une activité dans le nettoyage, si l'on voulait éviter de le confronter à la possibilité de consommer. D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail devait être considérée comme entière, si l'on excluait la dépendance éthylique.

12. Dans un rapport final du 16 avril 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise psychiatrique. Il en a déduit qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité, ni de limitations fonctionnelles, et que l'assuré était pleinement capable d'exercer toute activité professionnelle.

13. Le 24 avril 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, à teneur duquel il envisageait de lui refuser toute prestation : il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée ou « des empêchements dans le ménage ». Par conséquent, l'atteinte à la santé de l'assuré ne constituait pas une invalidité au sens de la loi.

14. Par l'intermédiaire de Maître Florian BAIER, l'assuré s'est opposé au projet de décision le 24 mai 2018, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a invité l'OAI à lui transmettre le dossier et à compléter la motivation du préavis, en mentionnant les atteintes reconnues et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Par ailleurs, il a requis l'octroi de l'assistance juridique, ainsi qu'un délai pour compléter son opposition.

15. Par décision du 30 mai 2018, l'OAI a refusé d'accorder l'assistance juridique à l'assuré.

16. Saisie d'un recours, la CJCAS, par arrêt du 11 septembre 2018, a annulé cette décision, accordé à l'assuré l'assistance juridique dès le 24 mai 2018 et désigné Maître BAIER en qualité d'avocat d'office.

17. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a écarté l'opposition et confirmé son refus d'octroyer toute prestation, réitérant qu'il n'y avait pas de maladie justifiant une incapacité de travail ou des empêchements ménagers, et partant, pas d'invalidité au sens de la loi.

18. Par acte du 19 septembre 2018, l'assuré a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 16 août 2018 et au renvoi de la cause à l'OAI afin que l'office lui accorde une rente d'invalidité « correspondant à son incapacité de travail actuelle d'au moins 50% et tenant compte de ses limitations fonctionnelles, de son degré de formation et de sa méconnaissance du français ».

L'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ était émaillée de contradictions et de lacunes, comme le démontrait l'arrêt qu'avait rendu la CJCAS en septembre 2018. L'expert concédait qu'il ne pouvait déterminer ni la cause des vertiges ayant conduit à la perte de l'emploi de l'assuré, ni les conséquences de ses dépendances sur son état général, notamment sur sa polyneuropathie. Aussi l'expertise ne pouvait-elle justifier le rejet de la demande de prestations. Cela étant, il jugeait incertain que l'étiologie de ses vertiges quotidiens, de ses atteintes neurologiques et de son syndrome de tachycardie orthostatique posturale puisse être identifiée. Il était d'ores-et-déjà établi qu'il présentait, en tout cas depuis le dépôt de sa demande, une incapacité de travail de 50%. En

effet, l'OCE avait retenu une capacité résiduelle de travail de 30% à 50% au maximum, tandis que l'ensemble du corps médical s'accordait pour lui reconnaître une incapacité de travail de 50%, qu'il s'agisse des médecins de l'assurance-chômage, de ceux des HUG ou encore du médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Déterminer les diagnostics dont il souffrait, ainsi que leurs causes et leurs effets, prendrait certainement des mois, voire des années, et rien ne garantissait que l'on parvienne à des conclusions plus précises que celles qui ressortaient déjà du dossier. Il était au demeurant inenvisageable qu'un complément d'instruction remette en question son incapacité de travail de 50% de manière rétroactive, tant il était difficile, voire impossible, pour un médecin de se prononcer a posteriori sur l'état de santé d'un assuré sans avoir pu l'observer cliniquement. Partant, il incombait à l'OAI de chiffrer sa rente sans attendre, sur la base d'une incapacité de travail d'au moins 50%, en tenant compte de toutes les circonstances, telles que son âge, sa nationalité étrangère, son absence de formation et sa méconnaissance de la langue française. 19.

Dans sa réponse du 15 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise probante du Dr I\_\_\_\_\_ expliquait de manière circonstanciée pourquoi la dépendance à l'alcool devait être considérée comme primaire et la capacité de travail jugée entière sur le plan psychiatrique. Contrairement à ce qu'avait considéré la CJCAS dans la procédure concernant l'assistance juridique, l'étiologie des vertiges était dénuée de pertinence pour évaluer la capacité de travail ; on ne pouvait exiger de l'office qu'il détermine l'origine d'un trouble, qui n'avait jusqu'alors pas pu être identifiée par l'ensemble des médecins somaticiens. Seules étaient déterminantes les répercussions d'une atteinte diagnostiquée dans les règles de l'art. Dans son rapport destiné à l'assurance perte de gain, le Dr G\_\_\_\_\_ avait fait état, malgré les vertiges déplorés par l'assuré, de déplacements normaux, sans hésitation. De son côté, le Dr I\_\_\_\_\_ avait observé l'assuré se déplacer sans perdre l'équilibre dans son cabinet, ainsi que dans la rue et dans les escaliers. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait certes retenu une capacité de travail de 50%, mais il n'avait pas justifié médicalement son point de vue. Enfin, les examens radiologiques, neurologiques et cardiaques réalisés par les différents spécialistes n'avaient pas permis de mettre en évidence une autre atteinte susceptible de péjorer durablement la capacité de travail. 20.

Le recourant a répliqué le 4 décembre 2018. Il avait subi, notamment en raison de ses vertiges, un arrêt de travail depuis le 18 février 2014. Sa surconsommation d'alcool n'avait jamais été un obstacle à son activité professionnelle, puisqu'elle était présente depuis 2003 et qu'il avait pu travailler à 100% jusqu'en février 2014, lorsque ses vertiges et ses tremblements des bras étaient devenus quotidiens. L'intimé ne pouvait, sur la base d'une expertise psychiatrique, dénier toute valeur probante aux rapports qu'il invoquait, puisque les vertiges et le syndrome de tachycardie orthostatique posturale ne relevaient pas de la psychiatrie, mais de la médecine interne, respectivement de la cardiologie. Si la première manifestation de ses vertiges remontait à 2006, ce n'était qu'au fil du temps que leur fréquence avait augmenté, au point de devenir quotidienne. Ces vertiges, à l'instar des tremblements de ses membres inférieurs, étaient documentés par de nombreux rapports, tels que ceux des Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, dont il ressortait que les traitements avaient échoué et qu'il lui était impossible de travailler de manière précise avec les mains. Du reste, le SMR avait lui-même retenu qu'il était en arrêt de travail en raison de ses vertiges. Le Dr I\_\_\_\_\_ s'était aventuré à qualifier ses vertiges et tremblements d'« autres troubles psychiatriques », alors que ceux-ci ne relevaient pas de la psychiatrie. On ne pouvait reconnaître à l'expertise psychiatrique une quelconque valeur probante s'agissant de la problématique principale à l'origine de son incapacité de travail, soit ses vertiges et ses tremblements. Le recourant

jugeait préférable de se rallier aux conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, selon lesquelles une « capacité de gain de 50% [devait] pouvoir intervenir dès la mi/fin mars 2016 dans un secteur professionnel identique », même si d'autres rapports laissaient penser que sa capacité de travail était en réalité moindre. En effet, si l'instruction de son dossier devait se poursuivre pendant encore plusieurs mois, voire années, cela lui serait préjudiciable.!

21. Invité à se déterminer sur la réplique, l'intimé a persisté dans ses conclusions, par écriture du 11 janvier 2019.!

22. Cette écriture transmise au recourant, la cause a été gardée à juger.!

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), 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.!

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).!

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.!

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.!

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).!

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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). 7. Selon la jurisprudence, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2). 8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).!>!> 9. 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).!>!> 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 10. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 11. 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). 12. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise



lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). 12. En l'occurrence, sur la base de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr I\_\_\_\_\_, l'intimé a considéré que l'assuré ne souffrait d'aucune invalidité au sens de la loi et qu'il était pleinement capable d'exercer toute activité professionnelle, sans être entravé par des limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant conteste qu'il dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité et qu'il ne présente ni limitations fonctionnelles, ni atteintes à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il estime qu'une incapacité de travail d'au moins 50% doit lui être reconnue. 13. Comme cela a été précédemment exposé, la question du caractère invalidant d'une dépendance joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle provoque une maladie qui entraîne une atteinte à la santé nuisant à la capacité de gain ou lorsqu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance. 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. En revanche, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2). Dans le cas particulier, l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ ne permet pas de se prononcer sur les critères jurisprudentiels énoncés. En effet, dans son rapport, le Dr I\_\_\_\_\_ retient – outre un trouble (primaire) de l'usage de l'alcool / benzodiazépines et un trouble dépressif induit par la consommation d'alcool – un diagnostic de « vertiges d'origine indéterminée, éventuellement avec une composante anxieuse », soit un diagnostic peu clair qui mériterait d'être précisé par un spécialiste. Dans la partie de son rapport intitulée « réponses aux questions », le Dr I\_\_\_\_\_ précise que ce sont les vertiges et l'éthylisme qui entraînent une diminution des capacités fonctionnelles. Or, les médecins ne sont pas unanimes quant à l'origine de ces vertiges, qui ont augmenté progressivement depuis 2006 pour devenir permanents, ni d'ailleurs s'agissant de l'origine des tremblements des membres supérieurs, apparus en 2011. En effet, selon le rapport du SMPR de novembre 2015, ces troubles persistent tous malgré le sevrage d'alcool, ce qui semble exclure tout lien avec la dépendance, respectivement le sevrage. Le même rapport précise que les symptômes sont de longue durée et n'ont pas d'étiologie clairement identifiée. Le Dr I\_\_\_\_\_ n'est pas non plus en mesure de répondre à la question – qui paraît pourtant déterminante au regard de la jurisprudence – de savoir si le syndrome de dépendance a entraîné des troubles irréversibles (p. 6 de son rapport) ; à ce propos, il se limite à indiquer qu'une polyneuropathie est évoquée dans le dossier, mais qu'elle demanderait à être objectivée, ce qui met en exergue que cette question n'a pas été instruite non plus. Eu égard aux considérations qui précèdent, la chambre de céans constate que l'intimé n'a pas instruit la question d'éventuelles conséquences irréversibles de la dépendance, en particulier la polyneuropathie, les vertiges et le syndrome (suspecté) de tachycardie orthostatique

posturale. Surtout, les répercussions de chacune de ces atteintes – prises isolément – sur la capacité de travail n'ont pas été suffisamment clarifiées. On relèvera encore que l'appréciation de l'expert-psychiatre diverge sensiblement de celle des autres médecins en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et les répercussions des différentes atteintes sur la capacité de travail : si le Dr I\_\_\_\_\_, auquel le SMR s'est rallié, a retenu une pleine capacité de travail, mais sans énumérer les limitations fonctionnelles, les médecins du SMPR et de l'assurance perte de gain, de leur côté, ont évalué la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, qui serait exercée essentiellement en position assise et permettrait d'éviter le port de charges, ainsi que les déplacements intempestifs (risques de chute). Quant au médecin-conseil de l'OCE, il a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée, exercée exclusivement en position assise, à un taux compris entre 30% et 50%. Pour autant et contrairement à ce que soutient le recourant, ces rapports attestant d'une capacité partielle de travail ne suffisent pas à trancher la cause, eu égard à leur faible densité de motivation, qui ne permet pas d'apprécier le caractère éventuellement incapacitant des diverses atteintes dont il souffre. Compte tenu de son caractère lacunaire et des doutes affectant ses conclusions, on ne saurait reconnaître à l'expertise psychiatrique du Dr I\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante. À cela s'ajoute que, comme le fait justement remarquer le recourant, les atteintes ressortant du dossier ne relèvent pas uniquement de la psychiatrie, mais aussi de la cardiologie et de la neurologie, puisqu'en sus de la dépendance, il est question d'un possible syndrome de tachycardie orthostatique posturale, de vertiges et d'une polyneuropathie. Une expertise strictement psychiatrique ne saurait donc suffire. En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives sur les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail. En l'absence d'un rapport pluridisciplinaire complet et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2), il est impossible de déterminer le degré d'invalidité, ce qui commande de renvoyer le dossier à l'administration, quand bien même cela est propre à occasionner un allongement de la procédure, que le recourant aurait préféré éviter. Contrairement à ce qu'il prétend, on ne saurait pas non plus surseoir à une instruction complémentaire, sous prétexte qu'il serait difficile pour les futurs experts d'évaluer la capacité de travail de manière partiellement rétrospective, la demande ayant été déposée en 2015. En effet, il n'est pas rare, dans le domaine de l'assurance-invalidité, que l'évaluation médicale de la capacité de travail doive porter sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, ce qui suppose une appréciation rétrospective de la situation, à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_291/2018 du 3 août 2018 consid. 5.1). 14. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 16 août 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.![endif]>![if> Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante, conformément à l'art. 44 LPGA, comprenant des volets psychiatriques, cardiologiques et neurologiques. Il conviendra en particulier que les experts se prononcent sur les diagnostics dont souffre l'assuré, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa capacité de travail et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée depuis 2015 (dépôt de la demande), abstraction faite de la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines. 15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet

1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).! [endif]> [if> 16. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).! [endif]> [if> \*\*\*\*\* 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.