

GE_GERICHTE A/3356/2014 vom 29. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3356_2014

FR: GE_GERICHTE A/3356/2014 du 29 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/3356/2014 del 29 settembre 2015

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Meyrin recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce, option gestion, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, a travaillé pour diverses banques et notamment pour la banque B_____ & Cie en qualité de collaborateur « produits dérivés » dès le 1^{er} septembre 1991. Après une incapacité totale de travailler du 5 février 2011 au 29 février 2012, l'assuré a repris son activité à 25% dès le 1^{er} mars 2012 avant d'être licencié avec effet au 31 juillet 2012 et de cesser toute activité dès le 25 avril 2012. Le 1^{er} août 2012, l'assuré s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE). Dans leurs préavis des 2 mars et 12 juillet 2013, les docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins-conseils auprès de l'OCE, ont considéré que, compte tenu de son alcoolisme et de son état dépressif, l'assuré n'était pas employable et par conséquent réinsérable par l'OCE. 3. Parallèlement à la procédure pendante devant l'OCE, l'assuré a déposé, le 4 février 2013, une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), les atteintes invoquées étant l'alcoolisme et la dépression. 4. Dans son rapport du 1^{er} mars 2012 (recte 2013), le docteur E_____, médecin praticien, a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré : syndrome dépressif d'intensité moyenne (F 32.10), anxiété généralisée (F 41.1) et syndrome d'alcoololo-dépendance (F 10.25), tous trois existant depuis plus de 10 ans. L'assuré lui avait été adressé au mois de février 2011 en vue de la prise en charge d'une alcoololo-dépendance ayant entraîné un syndrome dépressif important et des menaces professionnelles. Depuis lors, l'assuré était totalement incapable de travailler. Au printemps 2011, l'assuré était conjointement suivi par Monsieur F_____, psychologue au sein de la Clinique de Belmont. En fin d'année 2011, il était également soutenu par Monsieur G_____, infirmier. L'assuré se plaignait d'aboulie, d'apraxie et d'anhédonie, ce qui contribuait à entretenir le syndrome dépressif, celui-ci étant à l'origine d'alcoolisations itératives engendrant une aggravation de la dépression. Les restrictions étaient d'ordre psychique, liées à la dépression majeure de l'assuré. Le pronostic dépendait de l'arrêt de la consommation d'alcool, ce qui devait permettre à l'assuré d'améliorer l'image qu'il avait de lui-même et de retrouver une énergie faisant actuellement défaut. En d'autres termes, un sevrage devait permettre de diminuer sa dépression et d'augmenter suffisamment son énergie pour qu'il soit à nouveau capable d'exercer une activité professionnelle. S'agissant de son addiction à l'alcool, l'assuré était suivi par son médecin traitant et par le Dr E_____, sans véritable succès. Sur le plan psychique, il avait été pris en charge temporairement mais ne l'était plus lors de la rédaction du rapport. 5.

Dans un rapport, non daté mais vraisemblablement établi au cours du mois de mars 2013, le docteur H_____, médecin généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré depuis février 1995, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dépendance alcoolique, existant depuis 1995. Il a également diagnostiqué un état dépressif, présent depuis 2011, toutefois sans effet sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait d'une asthénie. La thymie triste et les difficultés de concentration de l'assuré avaient pour conséquence une diminution de la performance, respectivement des difficultés de concentration.![endif]>![if> 6. Par courrier du 16 juillet 2013, le Dr E_____ a notamment expliqué que la situation de son patient était très difficile en raison d'une dépression importante qui ne s'amendait pas malgré les différents traitements médicamenteux et psychothérapeutiques entrepris.![endif]>![if> 7. Selon le rapport intermédiaire du 29 septembre 2013 du Dr E_____, l'état de santé s'était lentement aggravé depuis février 2011, l'assuré restant très déprimé et enfermé dans sa dépendance à l'alcool. Sur le plan physique, son aboulie s'était péjorée vraisemblablement en raison d'un amaigrissement lié à ses atteintes. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : perte de l'élan vital, amaigrissement, réduction globale des capacités physiques. Les mesures thérapeutiques que l'assuré acceptait de suivre se limitaient à une rencontre régulière à son domicile avec un infirmier psychiatrique et à un traitement médicamenteux. Il refusait d'entreprendre toute autre prise en charge, telle qu'un séjour aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ou à la clinique genevoise de Montana, comme le Dr E_____ le lui avait proposé.![endif]>![if> 8. Dans son rapport intermédiaire du 20 octobre 2013, le Dr H_____ a mentionné un état de santé resté stationnaire, sans changements dans les diagnostics. L'assuré respectait son suivi notamment alcoolologique auprès du Dr E_____. Les troubles psychiques ne nécessitaient pas de prise en charge psychiatrique. Aucune reprise du travail n'était envisageable.![endif]>![if> 9. Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui s'est prononcé, dans un avis du 20 novembre 2013, en faveur d'une expertise psychiatrique à confier au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.![endif]>![if> 10. Après s'être entretenu avec l'assuré le 14 avril 2014 et avoir effectué un dosage plasmatique, le Dr I_____ a établi son rapport d'expertise en date du 5 mai 2014.![endif]>![if> Selon le rapport précité, l'assuré a expliqué à l'expert avoir fait un burnout et ne plus travailler depuis. Souvent triste, il ne pouvait plus rien faire et était à bout. Il ressentait également parfois une tension interne. S'agissant du statut clinique, le Dr I_____ a considéré que l'assuré était bien orienté aux trois modes (temps, espace et situation) et qu'il ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents et des souvenirs anciens. Il ne semblait pas non plus présenter de problèmes au niveau du coefficient intellectuel. Concernant la lignée psychotique au moment de l'entretien, l'assuré ne présentait aucun trouble formel de la pensée sous forme de clivages, barrages ou « réponses à côté ». Il n'y avait pas de troubles de la perception sous forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. L'expert n'avait pas relevé d'idées simples ou délirantes, interprétatives ou de concernement. En rapport avec la lignée dépressive, l'assuré présentait, au moment de l'entretien, une tristesse fluctuante mais l'humeur n'était pas dépressive. Il n'y avait aucun signe en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'assuré ressentait parfois des sentiments de dévalorisation, notamment lors de son licenciement, et de découragement par rapport à sa situation, mais aucun sentiment d'infériorité, de ruine ou d'inutilité. L'élan vital était conservé. Quand bien même l'assuré avait eu des idées noires, il n'avait présenté aucune idéation suicidaire et

n'avait, selon les connaissances de l'expert, jamais fait de tentative de suicide. Il n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. L'assuré ne présentait pas d'euphorie, de logorrhée, de fuite dans les idées, ni de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. S'agissant de son anxiété, l'assuré était parfois tendu et irritable mais il ne présentait aucun signe de claustrophobie, d'agoraphobie ou de phobie sociale. Il n'y avait aucun signe de stress post-traumatique, de souvenirs envahissants tels des flashbacks, de rêves ou de cauchemars. L'assuré ne souffrait en outre ni de boulimie ni d'anorexie. Concernant son addiction, l'assuré a expliqué avoir commencé à boire de l'alcool vers l'âge de 16 ans avec ses amis dans un contexte plutôt festif. Depuis, il avait continué à boire régulièrement. Lors de l'expertise, il buvait tous les jours un verre de rouge à midi et un le soir. A cela s'ajoutait quatre à cinq bières, dont notamment une pour son petit-déjeuner. De temps en temps, il prenait également un digestif. Il s'estimait dépendant de l'alcool mais ne voulait pas arrêter. Il ne consommait pas de drogues. Depuis environ une année, il n'était plus suivi par un psychiatre mais il voyait l'infirmier tous les 15 jours. Depuis six mois, il ne prenait plus de médicaments. Les résultats du dosage plasmatique étaient les suivants : - Fonction hépatique : o ASAT (GOT) : 46 U/l (< 50) o ALAT (GPT) : 29 U/l (< 50) o g - GT : 54 U/l (< 66) - Produits d'addiction : o CDT : 4.68% (< 2.50) o Ethanol : $< 16.7 \text{ mmol/l}$ o Ethanol : $< 0.77 \text{ g/l}$ Ces dosages montraient des enzymes hépatiques dans la norme. Cependant, la CDT à 4.68% signifiait que l'assuré avait consommé plus de 60g d'éthanol par jour durant les deux dernières semaines. Fort de ces constatations cliniques et du dosage plasmatique, le Dr I_____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail de l'assuré, il a posé celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25). Comme limitation due aux troubles constatés, le médecin précité a retenu la fatigue. Pour l'expert, la dépendance à l'alcool était primaire et non secondaire à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité décompensé. L'assuré avait commencé à boire à 16 ans et était devenu dépendant, sans avoir initié de sevrage. Par ailleurs, malgré cette dépendance, devenue problématique depuis une dizaine d'années, l'assuré avait été en mesure de travailler pendant presque 21 ans dans une banque privée genevoise. Pour le Dr I_____, il était fort probable que l'assuré avait passé par des périodes dépressives secondaires à la consommation abusive d'alcool. Cette dépendance n'avait pas provoqué de séquelles irréversibles, une atteinte à la santé psychique ou de lésions cérébrales. Il n'y avait pas non plus de syndrome de Korsakoff ou d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. De nombreuses tentatives pour aider l'assuré à mettre un terme à sa dépendance avaient été entamées sans succès, l'assuré n'étant pas collaborant. Dans ce contexte, l'expert a relevé que l'assuré avait arrêté sa prise en charge chez son médecin et ne prenait plus aucun médicament psychotrope. Si l'assuré arrêta de boire et était suivi dans le cadre d'un sevrage, il serait capable de travailler à 100%. Cependant, lors de la rédaction du rapport, l'expertisé n'était pas en mesure de travailler, étant pratiquement toute la journée sous l'effet de l'alcool. 11. Par avis du 8 juillet 2014, le SMR, sous la plume de la doctoresse J_____, a considéré, après avoir résumé les pièces du dossier, que l'expertise du Dr I_____ était convaincante étant donné qu'elle était fouillée, basée sur l'étude du dossier et qu'elle contenait une anamnèse détaillée et un status psychiatrique complet. Le SMR était ainsi d'avis que l'assuré ne présentait aucune maladie psychiatrique antérieure à la consommation d'alcool ou causant la consommation exagérée d'alcool et que l'assuré était

parfaitement à même d'entreprendre un sevrage, certes au prix d'un effort de volonté important, toutefois exigible compte tenu de l'obligation de réduire son dommage. Par conséquent, ce n'était que la consommation exagérée d'alcool qui entraînait l'incapacité totale de travailler, laquelle n'était pas justifiable sur le plan médico-juridique vu l'alcoolisme primaire.!

12. Le 28 juillet 2014, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision aux termes duquel son incapacité de travail était due à sa toxico-dépendance, ce qui ne constituait pas une invalidité au sens de la loi. Le droit à une rente d'invalidité ou à l'octroi de mesures d'ordre professionnel lui était par conséquent nié.

13. Par courrier du 2 août 2014, l'assuré a contesté le projet du 28 juillet 2014, précisant que son médecin, le Dr E_____, allait transmettre d'autres documents.

14. Dans un courrier du 10 septembre 2014, le Dr E_____ a expliqué que la consommation d'alcool évoluait dans le cadre d'un syndrome dépressif ancien, causé par une séparation affective non supportée par l'assuré. Malgré diverses tentatives de sevrage et un suivi psychologique à la Clinique de Belmont, la situation ne s'était pas améliorée et la thymie de l'assuré s'était progressivement dégradée. Cette dégradation, qui avait résisté à un traitement antidépresseur finalement arrêté par l'assuré, était accompagnée par une forme d'aboulie, d'apathie et d'anhédonisme, ce qui avait alerté les proches. Parallèlement, l'assuré avait été licencié, ce qui avait aggravé sa situation. Cette perte d'emploi, associée à la thymie défaillante, avait cristallisé une situation et « sidéré » les réserves psychiques de l'assuré, qui n'avait pas pu reprendre de vie sociale. Sans aide sur le plan de la réinsertion, la reprise d'une activité professionnelle était illusoire.

15. Dans son avis du 29 septembre 2014, le SMR a considéré que le Dr E_____ effectuait une appréciation différente, plus favorable, d'une même situation, basée sur des notions bio-psycho-sociales. Les conclusions du SMR du 8 juillet 2014 restaient par conséquent valables.

16. Par décision du 6 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet du 28 juillet 2014.

17. Le 3 novembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, émettant tout d'abord des doutes sur la capacité du Dr I_____ à juger de son état de santé en ne le rencontrant que pendant 25 minutes. Sur le fond, il a allégué souffrir depuis des années d'une forte dépression ayant amené à sa dépendance à l'alcool, à son burn-out (13 mois d'arrêt maladie) puis à son licenciement un mois et demi après la reprise de son activité à 25% sur ordre du médecin-conseil de son employeur. Depuis le 1^{er} avril 2014, il n'avait ni revenu, ni aide sociale ou subside.

18. L'OAI a répondu en date du 1^{er} décembre 2014, considérant qu'il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr I_____, celle-ci remplissant toutes les conditions jurisprudentielles sur ce point. Par ailleurs, le fait que le médecin précité n'ait rencontré l'assuré que pendant 25 minutes ne modifiait en rien la valeur probante de l'expertise, étant donné que celle-ci avait été réalisée non seulement sur la base de l'entretien avec le recourant mais également en tenant compte des différents documents médicaux au dossier. Par ailleurs, les troubles invoqués par le recourant ne l'avaient pas empêché d'achever sa scolarité et sa formation professionnelle, ni de travailler par la suite dans une même activité pendant plusieurs années. Enfin, le recourant ne fournissait aucun élément permettant de remettre en question les conclusions de l'expert, selon lesquelles la dépendance à l'alcool dont il souffrait devait être qualifiée de primaire, sans comorbidité psychiatrique associée, et par conséquent non invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

19. Le 4 décembre 2014, l'intimé a transmis à la chambre de céans un courrier que le Dr E_____ lui avait adressé le 30 novembre 2014 et par lequel ce médecin sollicitait un examen psychiatrique approfondi pour que l'ampleur de

la détresse du recourant fût réalisée. Le médecin précité avait pris note que l'alcoolisme ne constituait pas en soi un motif permettant d'accéder aux prestations d'invalidité. Il relevait toutefois que l'état psychique de son patient ne correspondait plus à celui dans lequel il était lors de son examen par l'expert.![endif]>![if> 20. Par courrier du 11 décembre 2014 adressé à la chambre de céans, le Dr H_____ a rappelé suivre le recourant depuis février 1995. À cette époque, il présentait déjà une consommation excessive d'alcool, qui n'avait fait que s'aggraver. Suite à son licenciement en 2012, le recourant avait plongé dans une « profonde dépression ». Son patient était actuellement en insuffisance pondérale (BMI à 18) et était essoufflé au moindre effort. S'agissant de la dépendance à l'alcool, il était suivi par le Dr E_____ depuis trois ans mais sans résultats sur le plan de l'abstinence. Compte tenu de ces éléments, le Dr H_____ sollicitait, pour le compte de son patient, l'allocation d'une rente d'invalidité.![endif]>![if> 21. Dans sa réplique du 19 décembre 2014, le recourant a relevé que ses médecins n'étaient pas d'accord avec les médecins de l'assurance-invalidité. À cela s'ajoutait le fait que le Dr I_____ ne l'avait pas écouté attentivement ou avait mal interprété ses dires pendant les 25 minutes qu'avait duré l'entretien, et qu'il était suivi non seulement par un infirmier (tous les 15 jours environ) mais également de manière régulière par les Drs E_____ et H_____. Par ailleurs, contrairement à ce que l'expert avait retenu dans son rapport, il ne faisait pas le ménage ni le repassage Le recourant a rappelé que l'alcool avait toujours fait partie de sa vie, débutant lors de son apprentissage et empirant à chaque événement négatif de sa vie (décès de ses parents, départ de sa compagne après 20 ans de vie commune, licenciement de son employeur, chômage et autres aléas de la vie courante). Depuis la fin de ses indemnités de chômage, il était sans ressources ni subsides. Certes, il n'était pas un fonceur mais son vécu lui donnait des idées suicidaires, ce qui se ressentait sur son état de santé psychique et physique, lequel se dégradait de jour en jour. Il refusait tout séjour à la clinique de Montana, craignant de « chuter encore plus bas en côtoyant des alcooliques avec leurs histoires, ce qui [était] très angoissant et serait sujet de boire pour oublier ».![endif]>![if> 22. Par duplicata du 20 janvier 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.![endif]>![if> 23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).![endif]>![if> 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et/ou des mesures d'ordre professionnel et singulièrement sur le caractère invalidant de ses atteintes (dépendance à l'alcool et état dépressif).![endif]>![if> 5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle

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

6. a. 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6 ; arrêt du Tribunal fédéral I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3) Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (*psychische Fehlentwicklungen*), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

c/aa. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une

invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance de l'assuré constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée (arrêt du Tribunal fédéral no 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3). c/bb. 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). c/cc. 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). c/dd. L'existence d'une comorbidité psychiatrique, dont le diagnostic a été posé *lege artis*, 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 faire de distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin,

éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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). 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. À 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).

d. 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). 8. En l'espèce, pour que la dépendance à l'alcool du recourant constitue une invalidité, elle doit avoir provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à sa capacité de gain ou résulter d'une telle atteinte. Pour répondre à cette question, l'OAI a mandaté le Dr I_____ pour expertise. Se fondant sur son rapport du 14 avril 2014, l'intimé a nié le droit du recourant à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise précité. [endif]> [if> a/aa. Sur le plan formel, l'expertise du 14 avril 2014 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues par le Dr I_____ résultent d'une analyse complète de la situation médicale. Le rapport en question contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques ainsi que, pour finir, une discussion générale du cas. Sur le plan formel, le recourant reproche tout d'abord au Dr I_____ de ne l'avoir vu qu'à une seule reprise pendant 25 minutes. Cela ne suffit cependant pas pour remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise. En effet, la durée de l'entretien avec l'expert n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité d'un rapport d'expertise, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 9C_210/2007 du 21 février 2008, consid. 3.2.1 et I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Par ailleurs, l'expert disposait, en sus de l'examen stricto sensu, des documents médicaux établis jusqu'alors par les médecins du recourant, de sorte qu'il a été en mesure de poser un diagnostic qui ne se basait pas sur une unique observation momentanée (voir dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral I 292/06 du 3 juillet 2007 consid. 3.2). Le recourant considère ensuite que le Dr I_____ ne l'a pas écouté attentivement ou a mal interprété ses explications, dans la mesure où le médecin précité a considéré qu'il n'était plus suivi. Or, force est de constater, dans ce contexte, que les Drs H_____ et E_____ ne sont pas spécialisés en psychiatrie et que l'infirmier n'est à l'évidence pas médecin. Par conséquent, c'est à juste titre que le Dr I_____ a indiqué que le recourant ne faisait l'objet d'aucun suivi psychiatrique. D'ailleurs, le Dr E_____ était du même avis, dès lors qu'il a indiqué dans son rapport du 1^{er} mars 2013 que le recourant n'était plus pris en charge sur le plan psychique. Par conséquent, eu égard à ce qui précède, il n'y a aucune raison d'écarter l'expertise du dossier pour des motifs formels. a/bb. Cela étant précisé, il convient encore d'examiner l'expertise sous l'angle matériel. Sur le fond, le Dr I_____ a considéré que l'assuré avait commencé à boire à 16 ans et qu'il en était devenu dépendant, sans avoir initié de sevrage. Malgré cette dépendance, devenue problématique depuis une dizaine d'années, l'assuré avait été en mesure de travailler pendant presque 21 ans dans une banque privée genevoise. Pour le Dr I_____, la dépendance était primaire et non secondaire à une maladie ou à un trouble de la personnalité décompensé. Par ailleurs, cette dépendance n'avait pas provoqué de séquelles irréversibles, une atteinte à la santé psychique ou des lésions cérébrales. Il n'y avait pas non plus de syndrome de Korsakoff ou d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Fort de ces constatations, le Dr I_____ n'a retenu qu'un diagnostic, celui de troubles mentaux et

troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25), cette atteinte étant toutefois sans effet sur la capacité de travail. Pour l'expert, il était toutefois fort probable que, selon la consommation d'alcool, l'assuré avait passé ou pouvait passer par des périodes dépressives. En d'autres termes, l'expert a considéré que les périodes dépressives qu'a connues l'assuré étaient secondaires à la consommation abusive d'alcool. Ainsi, conformément à la jurisprudence fédérale (voir consid. 6.d supra), il n'a pas posé de diagnostic autonome, se contentant de retenir le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25), sans effet sur la capacité de travail du recourant. Le recourant conteste le bien-fondé des conclusions de l'expertise, rappelant notamment que l'alcool faisait partie de sa vie depuis toujours, ayant débuté lors de son apprentissage et empirant à chaque événement négatif de sa vie.

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, dans le cas d'espèce, le recourant n'a pas mentionné de tels éléments, puisqu'il s'est limité, pour l'essentiel, à faire part de son désaccord avec l'appréciation du Dr I_____. b. Reste à examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. b/aa. En premier lieu, il sied de rappeler 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). Cela étant précisé, force est en outre de constater que les Drs E_____ et H_____ ne sont pas psychiatres. Les diagnostics qu'ils ont posés ne peuvent être retenus pour se prononcer sur l'existence d'une atteinte à la santé psychique du recourant (voir consid. 6.c supra).

b/bb. Force est ensuite de constater que tant le Dr H_____ que le Dr E_____ partagent l'appréciation du Dr I_____ s'agissant de la question de l'apparition de l'alcoolisme du recourant. En effet, selon le rapport non daté du Dr H_____, mais établi au mois de mars 2013, la dépendance à l'alcool existe depuis 1995 alors que l'état dépressif n'est apparu qu'en 2011. Pour sa part, le Dr E_____ a précisé, dans son rapport du 1^{er} mars 2013, que le recourant lui avait été adressé en raison d'une alcoolodépendance ayant entraîné un syndrome dépressif important, entraînant lui-même des alcoolisations itératives, lesquelles engendrent une aggravation de la dépression. En d'autres termes, les deux médecins traitants du recourant admettent que l'alcoolodépendance est antérieure aux états dépressifs et qu'elle ne résulte dès lors pas de ceux-ci. Les avis des médecins traitants du recourant rejoignent également celui de l'expert en ce qui concerne les troubles psychiques. En effet, pour le Dr H_____, l'état dépressif du recourant était sans effet sur la capacité de travail et ne justifiaient pas de prise en charge psychiatrique. Dans le même ordre d'idées, le Dr E_____ a expliqué qu'un sevrage permettrait de diminuer la dépression dont souffre le recourant et d'augmenter l'énergie pour lui permettre d'être à nouveau capable d'exercer une activité professionnelle (voir rapport initial du Dr E_____ du 1^{er} mars 2013). En d'autres termes, le Dr E_____ a décrit des troubles psychiques induits, soit secondaires à la prise d'alcool, lesquels devraient s'amender avec l'arrêt de la consommation. Ainsi, pour les médecins traitants de l'assuré, l'alcoolisme du recourant n'avait pas non plus entraîné d'atteinte à la santé psychique susceptible de constituer une invalidité. b/cc. Enfin,

s'agissant des avis des médecins traitants postérieurs au projet de l'OAI, force est de constater qu'ils ne critiquent pas les conclusions de l'expert. En outre, ils n'expliquent pas en quoi la situation du recourant se serait péjorée depuis l'expertise. Ils ne sont par conséquent pas susceptibles de remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du 14 avril 2014. c. Dans tous les cas, les conclusions du Dr I_____ sont corroborées par le fait que la dépendance à l'alcool du recourant existe depuis longtemps et que pour autant, elle ne l'a pas empêché d'achever normalement sa scolarité obligatoire, d'accomplir un apprentissage dans le domaine de la gestion et de travailler pendant 21 ans auprès d'un même employeur (voir dans le même sens, arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2007 du 29 octobre 2007). d. En conclusion, eu égard à ce qui précède, il y a lieu de reconnaître à l'expertise du Dr I_____ une pleine valeur probante, que les appréciations des Drs E_____ et H_____ ne sauraient remettre en question. La chambre de céans est consciente que le recourant a connu des moments de vie difficiles, moments qui ont pu expliquer une certaine consommation d'alcool. Ces moments ne valent cependant pas troubles psychiques et ne justifient pas, partant, que l'on considère qu'il s'agisse d'une alcoolo-dépendance secondaire à des troubles psychiques. Par conséquent, la dépendance à l'alcool du recourant doit être qualifiée de primaire (voir arrêt du Tribunal fédéral no 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3), ce qui n'est pas suffisant, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour admettre une invalidité. En outre, les états dépressifs du recourant ont été induits par la consommation d'alcool, de sorte qu'ils ne constituent pas une atteinte autonome susceptible de constituer une invalidité. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 10. Étant 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, arrêté en l'espèce à 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.