

GE_GERICHTE A/4033/2016 vom 18. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4033_2016

FR: GE_GERICHTE A/4033/2016 du 18 avril 2017

IT: GE_GERICHTE A/4033/2016 del 18 aprile 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.04.2017
A/4033/2016

A/4033/2016 ATAS/323/2017 du 18.04.2017 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 07.06.2017, rendu le 21.09.2017, RETIRE, 9C_409/2017 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4033/2016 ATAS/323/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 avril 2017 1 ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD 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), né le _____ 1969, a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) une demande de prestations le 3 novembre 2014.![endif]>![if> 2. Dans un rapport du 1 er décembre 2014, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecin traitant depuis février 2008, a retenu les diagnostics d'état dépressif et anxieux chronique avec attaques de panique, phobie sociale grave, comportement antisocial, alcoolisme et trouble du contrôle des pulsions agressives. Elle précise que l'assuré a été placé plusieurs fois durant son adolescence et incarcéré à cinq reprises, qu'après une scolarité difficile, il a accompli un apprentissage « sur le tas » de mécanicien sur voiture et n'est donc titulaire d'aucun diplôme, qu'il n'a jamais pu « tenir un emploi » et qu'il est au bénéfice d'une aide de l'Hospice général depuis 1995. Elle considère que l'incapacité de travail est entière depuis « toujours », précisant que son patient souffre de désinsertion sociale, de marginalité et de l'incapacité de gérer les relations dans les codes usuels. Elle ajoute qu'il « vit "à côté" de la société » et qu'aucun travail ne peut raisonnablement être exigé de lui. ![endif]>![if> 3. Le 2 avril 2015, l'OAI a constaté qu'aucune mesure d'intervention précoce ou mesure de réadaptation professionnelle n'était en l'état indiquée.![endif]>![if> 4. Dans une note du 26 mai 2015, le médecin du service médical régional (SMR) a proposé une expertise psychiatrique. ![endif]>![if> 5. L'OAI a confié au docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le mandat d'examiner l'assuré.![endif]>![if> L'assuré ayant repoussé le premier rendez-vous fixé au 12 février 2016 pour l'expertise, une sommation lui a été adressée le 10 mars 2016, et un nouveau rendez-vous fixé au 24 mars 2016, son attention étant attirée sur le fait qu'une non présentation à ce nouveau rendez-vous serait considérée comme un refus de collaboration. La veille du 24 mars 2016, l'assuré a téléphoné pour s'excuser. Le 5 avril 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, aucune invalidité au sens de la LAI ne pouvant être retenue en l'absence d'expertise psychiatrique. 6. L'assuré, représenté par Me Philippe GIROD, a, par courrier du 6 mai 2016, indiqué qu'il était dans une situation personnelle, familiale et sociale très difficile, qu'il avait obtenu sur divorce la garde de ses deux enfants âgés respectivement de 13 ans et

6 ans, que son fils D_____, âgé de 20 ans, vivait également avec lui et était à sa charge, raison pour laquelle il n'avait pas été en mesure de se présenter aux deux rendez-vous précités prévus à Neuchâtel. Il s'engage dès lors formellement à se présenter au prochain rendez-vous qui serait fixé, comprenant que l'expertise psychiatrique était indispensable. L'assuré a dès lors été convoqué pour le 23 mai 2016 au centre neuchâtelois de psychiatrie. 7. Le Dr C_____ a établi son rapport d'expertise le 25 mai 2016. Il en résulte ce qui suit : L'assuré bénéficie de l'aide de l'Hospice général depuis 2013. Il n'est plus sous traitement psychiatrique depuis fin 2015. Il s'occupe du ménage, des commissions et de trois de ses enfants, dont deux mineurs. L'assuré se plaint de troubles subjectifs et ponctuels de la mémoire et de la concentration. L'expert note à cet égard n'avoir pas jugé nécessaire d'effectuer des tests pour mesurer l'intelligence de l'expertisé, dont il estime qu'elle se situe certainement dans les limites de la norme bien que probablement dans une limite inférieure. L'assuré a une sœur avec laquelle il n'a plus aucun contact, un frère décédé en 2006 des suites d'un cancer, une demi-sœur d'un second lit de son père qu'il ne connaît pas, et un demi-frère de cœur, E_____, enfant du deuxième mari de sa mère avec lequel il a grandi. Ce dernier s'est suicidé après une rupture sentimentale. L'assuré a confié à l'expert qu'il pensait souffrir actuellement d'une dépression, au motif que « je ne pense qu'à rejoindre mes frères ». L'expert relève qu'il n'y a ni anorexie, ni boulimie, mais une perte de 15 kilos depuis 2013 (pour 1m80, il pèse 68 kilos). L'assuré a admis une consommation régulière et excessive d'alcools (six à sept litres de bières par jour) et une consommation occasionnelle de cocaïne, mais pas d'autres substances psychoactives. L'expert a mis en évidence un foetor cétonique, mais pas de signes d'une intoxication alcoolique. L'expert a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcools, syndrome de dépendance, utilisation continue, de troubles anxieux et dépressifs mixtes et d'une personnalité dyssociale, tous diagnostics n'ayant toutefois pas d'incidence sur la capacité de travail. Il indique que le traitement suivi est irrégulier, que l'assuré « n'a jamais été hospitalisé pour traiter sa dépendance et sa compliance est douteuse ». Il ajoute que celui-ci « ne paraît jamais avoir dépassé le stade contemplatif de sa dépendance. Il n'a jamais fait l'objet d'une quelconque mesure de réadaptation. Du point de vue psychiatrique, son environnement de travail habituel (mécanique, services peu qualifiés), pour autant que l'on puisse considérer qu'il en a un, doit être considéré comme adéquat ». Selon l'expert, ce qui péjore le pronostic chez l'assuré, ce sont la consommation d'alcools, ses traits de personnalité et sa faible expérience professionnelle. La capacité de travail est totale du point de vue psychiatrique. L'assuré est autonome en ce qui concerne l'entretien de sa maison et de sa personne. Sa vie sociale est restreinte, mais bien présente. Son manque de motivation est à mettre sur le compte de sa personnalité et d'un certain « choix de vie », et non pas sur une quelconque limitation fonctionnelle. Il n'est plus suivi par la Dresse B_____ depuis fin 2015. Il indique vouloir subir un sevrage hospitalier, mais cette rupture du suivi semble montrer le contraire. Avant de se déterminer plus concrètement sur les pathologies de base – dont l'intensité lui paraît actuellement légère – et son impact sur la capacité de travail, l'expert considère qu'il conviendrait de traiter la dépendance alcoolique. L'assuré est apte à suivre une thérapie. Le traitement des addictions est toutefois complexe et son résultat incertain. 8. Dans une note du 18 juillet 2016, le médecin du SMR a indiqué qu'il ne reconnaissait aucune atteinte au sens de l'AI, la capacité de travail étant entière depuis toujours. Il a notamment relevé que l'assuré avait mis fin au traitement psychiatrique depuis fin 2015, ce qui constituait une contradiction avec le fait qu'il annonçait vouloir entamer un sevrage. 9.

Le 13 septembre 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, selon lequel la demande était rejetée. 10. Par courrier du 17 octobre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, s'est opposé à ce projet de décision. Il reproche à l'OAI de se fonder sur l'avis du SMR, qui ne l'a pas entendu et qui n'a pas entendu son médecin traitant non plus. Il indique qu'il doit faire face à une procédure pénale dans le cadre de laquelle il a entamé un suivi thérapeutique pour traiter son alcoolisme, et ajoute qu'il poursuit les consultations auprès de son psychiatre. 11. Par décision du 24 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision. 12. L'assuré a interjeté recours le 25 novembre 2016 contre ladite décision. Il joint à son recours une attestation établie par le docteur F_____, médecin au Département de médecine communautaire et de premiers recours et des urgences, le 11 novembre 2016, selon laquelle il est suivi dans son service depuis le 2 septembre 2016, à raison le premier mois d'une consultation par semaine, puis toutes les deux ou trois semaines. Le médecin a souligné que l'assuré avait conscience de ses problèmes d'alcool et avait montré une réelle motivation à entrer en soins. S'agissant de la procédure AI, il a ajouté qu'il ne voyait pas personnellement de maladie invalidante évidente chez ce patient, sous réserve d'un avis psychiatrique spécialisé. 13. Dans sa réponse du 9 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se réfère à l'expertise réalisée par le Dr C_____ le 25 mai 2016 et relève que la dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi en l'absence d'atteinte à la santé invalidante et de comorbidité psychiatrique à la dépendance qui soit incapacitante. 14. Dans sa réplique du 23 janvier 2017, l'assuré a reproché à l'expert de n'avoir pas pris contact avec les médecins traitants. Il ne comprend pas quels sont les éléments qui amènent celui-ci à conclure à l'absence de troubles psychiatriques à proprement parler préalables à l'apparition du syndrome de dépendance. En effet, il précise que les symptômes dépressifs « sont en lien avec des moments de prise de conscience des difficultés, des échecs vécus dans sa vie et de sa fragilité narcissique ». Il relève par ailleurs que l'expert a déclaré qu'il conviendrait de traiter la dépendance alcoolique, tout en qualifiant le traitement de « complexe », et avec un « résultat incertain ». L'assuré considère qu'une telle réserve est en totale contradiction avec le fait de fixer sa capacité de travail de 100% « depuis toujours ». Il indique que dans le cadre de la procédure pénale, le Ministère Public a ordonné une expertise psychiatrique à l'issue de l'audience du 13 janvier 2017. Il se réserve dès lors le droit de faire état des constatations auxquelles l'expert pénal aura procédé. Il sollicite l'audition du Dr C_____, ainsi que la possibilité de produire des attestations médicales réactualisées sur l'évolution de son état de santé. Il persiste en conséquence dans les conclusions de son recours. 15. Dans sa duplique du 7 février 2017, l'OAI s'est référé à ses précédentes écritures, considérant que des mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires et rappelant « qu'en vertu du principe de la séparation des pouvoirs, chaque procédure a sa propre logique, et les autorités parallèlement saisies ne sont pas liées par les constatations et par les interprétations juridiques de l'autre. En effet, l'administration se prononce de façon libre sur les questions de droit ». 16. Ce courrier a été transmis à l'assuré, puis la cause 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) 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. 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. 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. 5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI, et plus particulièrement à une rente d'invalidité. 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^{er} janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut

raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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). 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par

conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3). 7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 8. Il y a enfin 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). 9. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} 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. 10. En vertu de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 1^{er}). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

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 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. 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). 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). 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). b. 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). 11. En l'espèce, l'OAI a confié au Dr C_____ le mandat d'examiner l'assuré et a nié sur la base du rapport d'expertise, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il s'agit préalablement de déterminer si ce rapport daté du 25 mai 2016, a ou non valeur probante. 12. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise comporte une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et familiale détaillée, un historique médical, et relate les plaintes et descriptions subjectives de l'assuré. L'expert a procédé à une analyse complète du dossier. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait qu'une alcoolodépendance primaire et écartait le diagnostic de dépression majeure en faveur d'un trouble anxiodépressif mixte, sans effet sur la capacité de travail. Aussi son expertise a-t-elle valeur probante. 13. L'expert a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcools, syndrome de dépendance, utilisation continue, de troubles anxieux et dépressifs mixtes et d'une personnalité dyssociale. Il n'a relevé aucun symptôme de la lignée psychotique, mais des traces de troubles comportementaux remontant à la période antérieure à ses 15 ans, raison pour laquelle il a retenu un trouble de la personnalité dyssociale au sens du DSM-IV-TR. Selon lui, l'évolution du trouble de la personnalité observé chez l'assuré va dans le sens d'une amélioration comportementale et d'une plus grande responsabilisation. Ainsi et dans la mesure où l'assuré a pu travailler dans le passé, même occasionnellement, alors que sa problématique était bien plus aiguë, il conclut à ce que ce trouble de la personnalité n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Il a par ailleurs considéré que l'intensité de la clinique dépressive ne suffisait pas pour poser le diagnostic de dépression majeure. Ainsi et en résumé, la problématique principale de l'assuré réside, d'une part, dans la présence de traits de personnalité dysfonctionnels (impulsifs et dyssociaux) et, d'autre part, dans sa dépendance à l'alcool, celle-ci ayant un impact qui se reporte sur son humeur et son fonctionnement global. Ces diagnostics n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail, de sorte que celle-ci est entière. Certes l'expert a-t-il indiqué qu'il convenait de traiter la dépendance alcoolique avant de se déterminer plus concrètement sur les pathologies de base – dont l'intensité lui paraît actuellement légère – et leur impact sur la capacité de travail, ajoutant, d'une part, que l'assuré était apte à suivre une thérapie, et, d'autre part, que le traitement des addictions était toutefois complexe et son résultat incertain. Cette constatation ne change toutefois rien à la question de déterminer s'il y a alcoolisme primaire ou non. Selon l'expert, ce qui péjore le pronostic chez l'assuré, ce sont la consommation d'alcools, ses traits de personnalité et sa faible expérience professionnelle. L'assuré est toutefois autonome, ne présente pas de troubles cognitifs et montre une bonne capacité fonctionnelle comme l'atteste le fait qu'il gère sa maison et s'occupe de ses enfants. Il ne travaille pas, ainsi qu'il ne l'a quasiment jamais fait, parce qu'il n'a jamais réussi à intégrer les contraintes sociales. Il résulte de son rapport que l'assuré souffre d'une dépendance à l'alcool, sans qu'il y ait de trouble psychiatrique à proprement parler préalable à l'apparition du syndrome de dépendance. Il convient, dans ce sens, de parler d'alcoolisme primaire. Le syndrome de dépendance n'a par ailleurs entraîné un trouble irréversible. 14. Le Dr F_____ a de même indiqué qu'il ne voyait pas de maladie invalidante évidente chez ce patient. Il est vrai qu'il a réservé l'avis d'un psychiatre. Il y a toutefois lieu de rappeler à cet égard que l'expert est précisément spécialiste FMH en psychiatrie. 15. Reste à examiner si l'appréciation de la Dresse B_____ permettrait de remettre en cause les conclusions de l'expert.

La Dresse B_____ considère quant à elle que l'incapacité de travail est entière depuis « toujours ». Force est de constater toutefois qu'elle ne retient aucun diagnostic psychiatrique. Elle fait état de désinsertion sociale, de marginalité et de l'incapacité de gérer les relations dans les codes usuels, ajoutant que son patient « vit "à côté" de la société » et qu'aucun travail ne peut raisonnablement être exigé de lui. Or, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. L'expert ne nie pas que l'assuré présente des traits de personnalité impulsifs et dyssociaux, mais constate qu'il est autonome en ce qui concerne l'entretien de sa maison et de sa personne, et que sa vie sociale est restreinte, mais bien présente. Il considère ainsi que son manque de motivation est à mettre sur le compte de sa personnalité et d'un certain « choix de vie » et non pas sur une quelconque limitation fonctionnelle. Force est, au vu de ce qui précède, de constater que l'appréciation de la Dresse B_____ ne permet pas de douter des conclusions de l'expert. 16. L'expert a relevé que l'assuré n'était plus suivi par la Dresse B_____ depuis fin 2015, et en a conclu que celui-ci n'avait pas l'intention de cesser sa consommation d'alcool. !endif>!if> Il est vrai que la situation de l'assuré s'est à cet égard modifiée, puisque selon le Dr F_____, il est dorénavant suivi dans son service depuis le 2 septembre 2016, et se montre motivé à entrer en soins. Le fait d'avoir entamé un suivi thérapeutique pour traiter son alcoolisme et d'avoir repris les consultations chez son psychiatre, ne peut être que salué - même si ces démarches interviennent dans le cadre d'une procédure pénale -, mais ne change rien non plus à la question de savoir si un trouble psychiatrique préexistait à la survenance de la dépendance à l'alcool. 17. L'assuré souhaiterait être en mesure de faire état des constatations auxquelles l'expert pénal aura procédé. Il requiert ainsi implicitement la suspension de la présente procédure jusqu'à ce que l'expert pénal rende son rapport. !endif>!if> Il est vrai qu'afin d'éviter des décisions contradictoires, l'autorité administrative ne doit pas s'écarter sans raisons des faits établis au pénal, en particulier lorsque l'enquête pénale a donné lieu à des investigations approfondies et lorsque le juge a entendu directement les parties et les témoins (ATF 124 II 8 consid. 3d/aa p. 13; ATF 115 Ib 163 consid. 2a p. 164; ATF 103 Ib 101 consid. 2b p. 105 ; ATF 129 II 312). Cette retenue ne se justifie toutefois pas lorsque les faits déterminants pour l'autorité administrative n'ont pas été pris en considération par le juge pénal, lorsque des faits nouveaux importants sont survenus entre-temps, lorsque l'appréciation à laquelle le juge pénal s'est livré se heurte clairement aux faits constatés, ou encore lorsque le juge pénal ne s'est pas prononcé sur toutes les questions de droit (ATF 124 II 8 consid. 3d/aa p. 13/14; ATF 109 Ib 203 consid. 1 p. 204). Dans ces circonstances, l'autorité administrative peut s'écarter de l'état de fait retenu au pénal en procédant à sa propre administration des preuves. En l'espèce, la chambre de céans a pour tâche de déterminer si la dépendance dont souffre l'assuré a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à sa capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie. Force est de constater que le juge pénal n'a pas à se préoccuper d'une telle question de droit, de sorte que les questions qu'il aura posées à l'expert ne seront pas celles dont la chambre de céans a besoin. Il est dès lors inutile de suspendre la présente procédure dans l'attente de l'expertise pénale. 18. L'assuré sollicite enfin l'audition du Dr C_____, ainsi que la possibilité de produire des attestations médicales réactualisées sur l'évolution de son état de santé. !endif>!if> Si

l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). La chambre de céans considère en l'espèce que le rapport d'expertise est suffisamment complet, clair et précis pour lui permettre, sans avoir à entendre son auteur, de se prononcer sur le présent litige. Elle ne donnera dès lors pas suite à la demande de l'assuré. 19. Aussi ne peut-on que conclure à l'absence de troubles psychiatriques ayant une incidence sur la capacité de travail et qui seraient à l'origine de la dépendance à l'alcool ou qui auraient été provoqués par elle. L'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue en effet 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). Certes en l'espèce, la dépendance s'est-elle installée sur un terrain de troubles anxieux et dépressif mixtes et d'une personnalité dyssociale, aucune comorbidité psychiatrique d'une gravité telle qu'elle puisse justifier en soi une diminution de la capacité de travail et de gain n'a cependant pu être mise en évidence. La dépendance à l'alcool ne peut en conséquence constituer en soi une invalidité au sens de l'assurance-invalidité. Le recours doit, partant, être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant à la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à un émolument. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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