

# GE\_GERICHTE A/4243/2017 vom 5. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4243\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4243_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4243/2017 du 5 février 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4243/2017 del 5 febbraio 2018

## Erwägungen

### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B \_\_\_\_\_, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT 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 \_\_\_\_\_ 1954, divorcé, de nationalité suisse, père d'un enfant né en 1982, titulaire d'un CFC de commerce et d'un diplôme de l'école supérieure des cadres et de l'administration, a travaillé comme employé indépendant de banque et consultant. Par communication du 22 août 2006, l'OAI a pris en charge une opération bilatérale de la cataracte de l'assuré. Le 19 juin 2015, l'assuré a heurté une armoire et a subi un traumatisme crânien simple avec plaie sur l'arcade sourcilière droite suturée aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) ; quelques jours plus tard, il a remarqué que sa jambe droite lâchait et une difficulté à écrire ; un CT-Scan a été réalisé aux urgences le 13 juillet 2015 mettant en évidence un hématome sous-dural chronique (rapport du service de neurochirurgie des HUG du 19 août 2015). Le 13 juillet 2015, l'assuré a été opéré aux HUG (trous de trépan évacuateurs) en raison d'un hématome sous-dural chronique convexitaire gauche symptomatique suite à un traumatisme crânien survenu en juin 2015 (rapport du service de neurochirurgie des HUG du 20 juillet 2015). Il a séjourné aux HUG jusqu'au 20 juillet 2015. Le 3 août 2015, l'assuré s'est présenté aux urgences des HUG en raison de trouble de la motricité fixe de la main droite et trouble de l'élocution avec difficultés à la production verbale. Il a été réopéré le 4 août 2015 (reprise des anciens trous de trépan) en raison d'une récurrence d'un hématome sous-dural convexitaire gauche. L'assuré s'est réveillé avec une aphasie de Broca et un hémisyndrome moteur droit. Un scanner cérébral a objectivé la persistance d'une collection extra-axiale sous-durale de la convexité gauche cloisonnée ; dans ce contexte il a été décidé d'effectuer à nouveau une chirurgie pour évacuation de cet hématome sou-dural par craniotomie. Le 5 août 2015, l'assuré a subi une mini-craniotomie frontotemporale gauche, évacuation de l'hématome et mise en place d'un drain sous-dural. Au réveil, il a présenté une aphasie mixte, hémiplégie droite brachiofaciale et parésie du membre inférieur droit ; une minime aphasie de type Broca a persisté, puis des épisodes transitoires de manque de mots ; l'assuré a été admis à l'hôpital de Beau-Séjour pour une rééducation de troubles phasiques et suite de la prise en charge de crise épileptique sur l'hématome sous-dural (rapport du service de neurochirurgie du 18 août 2015). L'assuré a séjourné du 14 au 20 août 2015 dans le service de neuro-rééducation de l'hôpital Beau-Séjour. Il est relevé que l'assuré a présenté plusieurs épisodes paroxystiques de troubles physiques associés ou non à une parésie du membre supérieur gauche. Bien que l'étiologie ictale n'ait pas été formellement prouvée, la présence

d'un œdème périlésionnel rendait le patient à risque de crises d'épilepsie. Dans ce contexte, il était suggéré de poursuivre le traitement anti-épileptique pour une durée minimale de six mois (rapport du service de neurologie des HUG du 1<sup>er</sup> septembre 2015).!

8. Le 2 octobre 2015, le service de neurochirurgie a constaté la bonne évolution avec maintien du traitement épileptique.!

9. Le 19 août 2016, l'assuré a requis des prestations d'invalidité en mentionnant un œdème cérébral.!

10. Le 24 août 2016, l'assuré a participé à une consultation d'épileptologie ; l'assuré décrivait une instabilité à la marche et se déplaçait avec une canne ; il avait déposé une demande AI mais souhaitait garder une activité professionnelle dans l'enseignement ; les multiples chutes et traumatismes, arrivées à domicile suggéraient une instabilité à la marche dans le contexte de la polyneuropathie et suggéraient également des épisodes d'alcoolisation aigue. L'assuré disait s'ennuyer fortement en raison de son chômage, ce qui l'incitait à consommer de l'alcool de manière fréquente. Cependant, il disait avoir réduit sa consommation et ne consommer que de la bière et du rosé, et plus du tout d'alcool fort. Sur le plan épileptique, l'assuré était stabilisé.!

11. Le 26 septembre 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, angiologie, a rempli un rapport médical AI en indiquant un diagnostic d'hématome sous-dural chronique convexitaire gauche avec épilepsie sensitivomotrice bilatérale. L'assuré se plaignait d'une instabilité à la marche importante ; céphalées occasionnelles ; depuis juillet 2015, il avait présenté plusieurs chutes avec notamment des fractures de côtes ayant nécessité également une hospitalisation dans le service de chirurgie thoracique du 1<sup>er</sup> au 6 juin 2016 ; à l'examen, l'assuré était en état général diminué depuis une année ; troubles de l'équilibre avec élargissement du polygone de sustentation.!

Depuis juillet 2015, le patient n'était certainement pas en mesure d'effectuer une activité professionnelle de 100% ; il souhaitait pouvoir garder une activité professionnelle (par exemple de l'enseignement de langue qu'il avait déjà effectué) mais à temps partiel (50% ?) ; les restrictions étaient essentiellement physiques, avec difficultés aux déplacements et risque de chute ; la poursuite de la physiothérapie et le contrôle des rechutes épileptiques étaient indispensables. La capacité de travail était au maximum à 50%.

12. Le 21 décembre 2016, la docteure D\_\_\_\_\_ du SMR, a rendu un avis selon lequel à compter du 2 octobre 2015 (consultation de neurochirurgie), il était justifié de reconnaître une capacité de travail entière dans l'activité habituelle qui respectait les limitations fonctionnelles. Le Dr C\_\_\_\_\_ faisait état de limitations fonctionnelles essentiellement physiques, en lien avec les difficultés de déplacement et les risques de chute. L'activité habituelle ou toute autre activité sédentaire, respectaient les limitations fonctionnelles, et au vu des pièces médicales dont ils disposaient, l'activité habituelle était exigible à 100% dès le 2 octobre 2015.!

13. Par projet de décision du 22 décembre 2016, l'OAI a rejeté le demande de prestations au motif que l'incapacité de travail débutée le 13 juillet 2015 avait cessé le 1<sup>er</sup> octobre 2015.!

14. Le 18 janvier 2017, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il s'opposait à la décision du 22 décembre 2016 et que le Dr C\_\_\_\_\_ allait lui écrire.!

15. Le 20 janvier 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il confirmait que depuis le 12 juillet 2015, l'assuré n'était plus en mesure de travailler ; il avait été hospitalisé à cette époque pour un hématome sous-dural compliqué d'épilepsie entraînant notamment des troubles de l'équilibre importants ; à un moment donné, l'assuré se sentait en mesure d'envisager une reprise de travail à 50%, toutefois ces dernières semaines, la situation s'était péjorée ; donc, finalement, il considérait que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 12 juillet 2015.!

Il s'opposait donc à la décision de l'OAI.

16. Le 20 septembre 2017, la Dre D\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'aucun

élément médical objectif ne parlait dans le sens d'une aggravation de l'état de santé ; en particulier l'instabilité à la marche évoluait dans un contexte d'éthylisme primaire.!

17. Par décision du 20 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations.!

18. Le 23 octobre 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 20 septembre 2017 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou du renvoi de la cause à l'OAI pour expertise médicale et nouvelle décision.!

Le rapport du service de neurochirurgie du 2 octobre 2015, sur lequel se fondait l'OAI, ne se prononçait pas sur sa capacité de travail ; le Dr C\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 12 juillet 2015 et l'OCE l'avait reconnu inapte au placement. Il a communiqué : - une confirmation d'inscription à l'ORP du 24 octobre 2016 pour un taux d'activité de 50% ;!

- une décision de l'OCE du 20 décembre 2016 le déclarant inapte au placement depuis le 24 octobre 2016 au motif que le Dr C\_\_\_\_\_ avait attesté d'une incapacité de travail totale et durable depuis le 13 juillet 2015 et que l'assuré s'estimait totalement incapable de travailler.!

19. Le 22 janvier 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.!

Le recourant a déclaré : « Comme dernier emploi j'étais salarié dans une société de courtage immobilier. J'ai travaillé jusqu'à, environ, 2010 - 2011. J'ai eu un choc au front (j'ai reçu un objet en métal sur le front en déménageant). J'ai été recousu mais deux semaines après j'ai dû être opéré en urgence pour un œdème cérébral. J'ai fait une crise d'épilepsie à domicile suivie d'un coma car je me suis réveillé seulement à l'hôpital. J'ai ensuite dû être réopéré deux fois. Après les opérations j'ai rapidement eu des maux de tête, des troubles de mémoire et un gros problème d'équilibre. Je voulais reprendre une activité d'enseignant de français pour l'hospice général, que j'avais déjà exercée, mais en réalité je n'ai pas été capable de retravailler même à 50 %, taux qui avait été discuté avec mes médecins. Le chômage m'a ensuite rapidement déclaré inapte au placement et en 2016 mon état de santé s'est aggravé essentiellement par l'aggravation des problèmes d'équilibre. Mon état est irrégulier, j'ai parfois des importants problèmes de mémoire. Même une activité sédentaire ne serait pas possible. Après mes opérations je n'arrivais plus à lire, j'ai dû faire de la rééducation. Actuellement je peux lire mais peu de temps et j'oublie facilement ce que j'ai lu. De plus j'ai présenté un état dépressif dû à l'inactivité. J'ai été suivi à deux reprises pour des problèmes d'alcool, la première fois en 2000 suite à mon premier divorce, et une seconde fois mais antérieurement à 2015. Je ne consomme plus d'alcool fort, je n'ai plus d'alcool chez moi et je bois occasionnellement de la bière ou du vin rouge. Je suis actuellement suivi par le Dr C\_\_\_\_\_ qui est mon médecin de famille, que je vois six fois par année et dès que j'ai un problème. Je suis suivi actuellement tous les six mois pour l'épilepsie aux HUG. J'ai toujours un traitement médicamenteux pour l'épilepsie. Je suis censé prendre rendez-vous prochainement pour un contrôle en neurochirurgie. A mon sens je ne peux pas travailler du tout en raison de mes problèmes de concentration, de mémoire, et mes problèmes d'équilibre qui ont entraîné une hantise des déplacements. J'ai des vertiges lorsque je me mets en position debout et j'ai des grandes difficultés en particulier à descendre ou monter des escaliers. » L'avocat du recourant a déclaré : « Nous confirmons nos conclusions cas échéant l'audition du Dr C\_\_\_\_\_ . » La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous ne sommes pas d'accord de reprendre l'instruction médicale de ce dossier car nous estimons qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux émanant d'un médecin. »

20. Sur quoi 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. A 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. 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. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son incapacité de travail a perduré au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2015. 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<sup>er</sup> janvier 2008). 6. 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). 7. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un

dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 8. 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). 9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

10. En l'occurrence, l'intimé a rendu une décision de refus de toute prestation en se basant sur les avis du SMR des 21 décembre 2016 et 20 septembre 2017 selon lesquels le recourant était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle depuis le 2 octobre 2015, date de la consultation du Dr BARTOLI ; il a considéré que les difficultés de déplacement et les risques de chute, attestées par le Dr C\_\_\_\_\_, étaient compatibles avec l'activité habituelle et évoluaient dans un contexte d'éthylisme primaire.

Le recourant fait valoir des limitations fonctionnelles incapacitantes en se fondant sur les avis du Dr C\_\_\_\_\_ des 26 septembre 2016 et 20 janvier 2017 et en alléguant des troubles cognitifs. A cet égard, la chambre de céans constate que le Dr C\_\_\_\_\_ a en effet fait état de limitations fonctionnelles incapacitantes par la présence d'un diagnostic d'hématome sous-dural chronique convexitaire gauche symptomatique et la survenance, après les trois interventions chirurgicales subies par le recourant, d'une instabilité à la marche importante, avec des céphalées occasionnelles, un état général diminué et des troubles de l'équilibre avec élargissement du polygone de sustentation ; selon ce médecin, la situation s'était péjorée en 2017 et la capacité de travail était nulle depuis le 12 juillet 2015. Par ailleurs, le recourant a mentionné en audience des troubles de la mémoire et de la concentration (procès-verbal d'audience du 22 janvier 2017). La chambre de céans constate que si la consultation d'épileptologie du 25 août 2016 a évoqué un contexte de « consommation OH à risque », et des chutes suggérant une instabilité à la marche dans le contexte d'une polyneuropathie, ainsi que des épisodes d'alcoolisation aiguë, la conclusion du SMR selon laquelle l'instabilité à la marche évoluait dans un contexte d'éthylisme primaire paraît hâtive et peu documentée, en particulier compte tenu du diagnostic principal d'hématome sous-dural chronique avec composante aiguë convexitaire gauche, lequel n'est pas contesté par le SMR. Or, la symptomatologie avancée par le Dr C\_\_\_\_\_ n'a pas été sérieusement évaluée par l'intimé. Dans ces conditions, il convient d'admettre que l'instruction médicale effectuée par l'intimé est lacunaire, de sorte qu'il se justifie d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction médicale et nouvelle décision. Celle-ci devra comprendre un volet neurologique et un examen neuropsychologique, compte tenu des atteintes alléguées.

11. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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