

GE_GERICHTE A/713/2014 vom 15. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_713_2014

FR: GE_GERICHTE A/713/2014 du 15 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/713/2014 del 15 dicembre 2014

Erwägungen

E. 10

ème chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE représenté par sa curatrice, Madame B_____, p.a. Service de protection de l'adulte recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1969, en Espagne, pays dont il est ressortissant. Il est le cadet d'une fratrie de sept enfants dont cinq sœurs et un frère. Ayant une très grande différence d'âge avec ses aînés, il s'est rapidement retrouvé à vivre seul avec ses parents. Ces derniers ont, selon lui, connu un problème de consommation excessive d'alcool, générateur de fréquentes disputes et de violence entre eux. Son père était agriculteur et aurait souffert d'une maladie dermatologique chronique et d'alcoolisme avec incapacité de travail.![endif]>![if> L'assuré n'a pas fait plus de quinze mois d'école (quelques mois par année); il dit avoir travaillé dès l'âge de dix ans, pour aider ses parents financièrement : d'abord dans une épicerie, puis dans un abattoir, et en même temps dans un restaurant pendant les week-ends, ceci jusqu'à l'âge de 17 ans. Puis il est parti avec son frère dans le village natal de leur mère, où ils ont tous deux travaillé dans la construction de réseaux téléphoniques. 2. Il est arrivé en Suisse en 1988, âgé de 19 ans, trois de ses sœurs y étant déjà installées. Il a d'abord travaillé dans la construction et en même temps, pendant les week-ends, dans un restaurant espagnol où il a rencontré sa future épouse, ressortissante portugaise. Ils se sont mariés en 1990 ; leur premier fils est né la même année. Ils en ont eu un second, né en 1993. ![endif]>![if> 3. En 1991 environ, les conjoints et leur fils sont partis au Portugal pour y chercher de meilleures conditions de vie. Le recourant a travaillé dans la construction des rues avant de créer sa propre entreprise dans le même domaine. Il avait quatre employés. L'entreprise a connu une période de prospérité ; mais en raison de la crise économique, il l'a définitivement abandonnée en 1999, retrouvant un emploi salarié en tant que chef du personnel.![endif]>![if> 4. En 2002 la famille est revenue en Suisse, à Lausanne. L'assuré aurait préféré rester au Portugal, mais son épouse avait exprimé sa décision de rentrer en Suisse, avec ou sans lui. Il a trouvé un emploi comme boucher dans une entreprise de viande, ceci pendant environ quatre ans. Entre 2005 et 2006 il a travaillé en qualité de concierge pour une entreprise de communication ; puis à nouveau comme boucher.![endif]>![if> 5. La famille s'est finalement installée à Genève en 2007, où le recourant a continué à travailler en qualité de boucher, emploi qu'il a quitté après un certain temps, d'accord avec son employeur. Il a repris, en mai 2009, la gérance d'un restaurant espagnol, lequel ferma toutefois ses portes après six mois. C'est à cette époque, soit en 2008-2009, que son épouse a demandé la séparation. ![endif]>![if> 6. En décembre 2008, l'assuré a été hospitalisé une première fois, à l'unité d'investigations et de traitements brefs (UITB), en raison d'une décompensation dépressive avec idées suicidaires et abus d'alcool. A l'issue de ce séjour de trois jours il est sorti avec un traitement antidépresseur et

l'organisation d'un suivi à la Consultation d'alcoologie de la médecine de premier recours; mais il a rapidement interrompu le traitement et le suivi. Il a quitté le domicile familial pendant trois mois avant d'y retourner pour un essai de reprise de la vie commune.![endif]>![if> 7. En automne 2009, il a subi une seconde hospitalisation suite à une crise épileptique dans un contexte de sevrage d'alcool. Il a quitté l'hôpital avec le projet de reprise du suivi à l'UITB, mais il a interrompu à nouveau le suivi d'alcoologie et le traitement quelques mois plus tard. ![endif]>![if> D'avril 2010 à août 2013 il a encore subi quatorze hospitalisations en milieu psychiatrique, toutes en relation avec ses problèmes d'alcoolisme, avec des états confusionnels après interruption ou absence de traitement et suivi, ainsi qu'après des tentatives de suicide. Les documents médicaux y relatifs seront évoqués dans la mesure utile dans les considérants en droit. 8. Le 29 septembre 2011, le Tribunal tutélaire a prononcé la curatelle volontaire de l'intéressé, et désigné en qualité de curatrice Madame B_____ du service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd). Cette décision fut par la suite reconduite et adaptée au nouveau droit, par le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant, par ordonnance du 24 avril 2013, ![endif]>![if> 9. En avril 2010 l'administré a commencé un emploi auprès de C_____ SA (ci-après : ISS) à raison d'une heure par soir tous les jours de la semaine. Dès le 5 juin 2010 il s'est trouvé en arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée. ![endif]>![if> 10. Le 18 janvier 2011 HELSANA, assureur indemnités journalières maladie de l'employeur ISS, a transmis la formule d'annonce à l'AI, dûment signée par l'intéressé.![endif]>![if> 11. En octobre 2012 le Service médical régional (SMR) se fondant notamment sur l'analyse des différents éléments et documents médicaux à disposition sur la période s'étendant de fin 2008 à mars 2012 pour l'essentiel, arrive à la conclusion, en particulier, que le rapport du docteur D_____, du département de santé mentale et de psychiatrie et service d'addictologie, déclarant une amélioration depuis mi-février 2012 tout en soulignant que la situation reste stationnaire en ce qui concerne le trouble dépressif, arrive à la conclusion que le rapport médical ne lui permet pas de conclure. Le status clinique n'est pas décrit de manière complète. Il relève en outre que le médecin n'estime pas de capacité de travail, ni dans des activités adaptées, ni dans les activités habituelles. Le SMR a dès lors proposé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) la mise en place d'une expertise psychiatrique laquelle devrait être confiée aux HUG. ![endif]>![if> Dans sa proposition d'expertise du 16 octobre 2012, le SMR (doctoresse E_____) a élaboré la liste des questions à poser un expert ; parmi ces questions figuraient en particulier : - cet assuré présente-t-il une ou plusieurs atteintes à la santé qui ont des répercussions sur la capacité de travail ? - y a-t-il une ou des maladies qui n'ont pas de répercussions sur l'incapacité de travail ? - l'addiction à l'alcool est-elle primaire ou secondaire ? 12. Par courrier du 30 novembre 2012 l'OAI a informé le SPAd de la décision de procéder à l'expertise psychiatrique de son protégé, et lui a imparti un délai pour se prononcer sur le projet de mission, avec la possibilité de poser d'éventuelles questions complémentaires, ainsi que sur son droit de se prononcer sur d'éventuels motifs de récusation des experts désignés une fois leur identité connue.![endif]>![if> 13. Le 18 décembre 2012, sans observations du SPAd, la mission d'expertise conforme au projet et le dossier AI ont été adressés au service compétent de Belle-Idée et confiée au Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après CURML). ![endif]>![if> 14. Le 13 mai 2013 le CURML a rendu son rapport d'expertise : s'agissant des troubles et affections ayant une répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue de longue date, ainsi qu'un

épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques depuis 2008. L'expert considérait en outre que la capacité résiduelle de travail était nulle, et que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible. S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, l'état psychique actuel de l'expertisé ne lui permettait pas d'accomplir un travail de réadaptation professionnelle, la priorité devant être donnée aux soins de ses troubles psychiques afin de diminuer l'impact de ces derniers sur ses capacités fonctionnelles et sociales.!

15. L'expert observait que l'intéressé n'est pas clair concernant la question d'une consommation régulière et chronique d'alcool. Il constatait toutefois que le dossier médical mentionne que l'expertisé aurait commencé sa consommation d'alcool déjà à l'âge de 10 ans, ce qui est un élément indicatif de l'ampleur que ce problème semble avoir pris dans sa vie par la suite. Ceci était corroboré par le fait que l'expertisé a grandi dans un milieu familial où ses deux parents ont connu des problèmes de consommation excessive d'alcool et que, par la suite, trois enfants de la fratrie, dont lui-même, ont également présenté le même problème. On trouvait également dans le dossier médical la relation de conflits conjugaux relatifs aux alcoolisations de l'expertisé, ainsi qu'à des dettes financières. L'expert, examinant les influences des troubles constatés sur la capacité travail de l'expertisé, affirme qu'il existe des limitations physiques : l'expertisé présente une asthénie importante, un sentiment de fatigue, des douleurs au niveau des doigts et un risque de crise épileptique généralisée de type grand-mal. Toutefois une évaluation plus précise relève d'une expertise somatique et non de ce présent rapport.

16. Le rapport d'expertise a été soumis au SMR qui, par avis du 5 août 2013, a conclu à l'existence d'un alcoolisme primaire et à l'absence d'incapacité de travail durable.!

17. Fondé sur cet avis, l'OAI a adressé un projet de décision au SPAd en date du 22 août 2013 : il envisageait de refuser l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité au requérant.!

18. Le docteur F_____, psychiatre traitant du recourant depuis le 8 août 2013, s'est spontanément adressé à l'OAI par courrier du 25 septembre 2013, pour formuler ses observations par rapport au projet de décision susmentionné : l'anamnèse du patient mettait en évidence une consommation d'alcool possiblement excessive et de longue date, qui paraît être en accord avec le contexte social de l'intéressé, mais sans nécessairement atteindre le degré d'un abus ou d'une dépendance. Ce ne serait qu'à l'occasion du premier séjour du recourant en psychiatrie, en décembre 2008, que l'addiction à l'alcool aurait été diagnostiquée, en association à une décompensation dépressive, l'anamnèse ne permettant pas d'affirmer que cette addiction aurait précédé l'apparition de l'état dépressif. Depuis son dernier séjour à Belle-Idée entre fin juillet et début août 2013, le patient avait d'abord été abstinent de l'alcool puis il aurait décidé avec son médecin traitant pour l'addictologie, la doctoresse G_____, d'opter pour une stratégie de consommation contrôlée avec une limite de deux verres standards par jour et au moins un jour sans alcool par semaine. Cette réduction de consommation était confirmée par le dernier bilan sanguin effectué le 24 septembre 2013. Malgré l'absence d'une consommation abusive d'alcool depuis au moins deux mois, la persistance d'une symptomatologie dépressive sévère, en lien avec les différents deuils et pertes auxquels l'intéressé avait été confronté durant les dernières années parlait plutôt en faveur d'un trouble dépressif évoluant indépendamment de l'addiction à l'alcool, et n'était donc pas uniquement consécutif à cette dépendance.!

19. Le 26 septembre 2013, le SPAd a contesté le projet de décision de l'OAI, en se fondant notamment sur le rapport du Dr F_____ du 25 septembre 2013. Il estimait aussi que l'expert ne s'était pas déterminé sur la question de savoir si la dépendance à l'alcool était primaire ou secondaire, et quelles seraient les conséquences des différentes atteintes à la santé du recourant sur ses

capacités de gain. Le SMR avait procédé à tort à une interprétation de l'expertise, pour affirmer qu'une telle dépendance serait primaire.![endif]>![if> 19. L'intimé a transmis ces objections au SMR pour nouvelle détermination.![endif]>![if> 20. Par avis du 16 janvier 2014, la doctoresse H_____, médecin responsable du SMR SR Team Genève, s'est référée à l'avis du SMR du 5 août 2013 et au projet de refus de prestations AI. L'assuré contestait le projet de décision et se fondait sur un courrier du Dr F_____, son psychiatre traitant, daté du 25 septembre 2013. Ce médecin, qui suivait l'assuré depuis le 8 août 2013, "soit après le projet de décision", conteste l'alcoolisme primaire, sous prétexte qu'avec l'abstinence, l'état dépressif perdure. Le SMR n'adhérait pas aux conclusions du psychiatre, premièrement car il n'y avait pas d'abstinence mais une consommation contrôlée, et deuxièmement car le trouble dépressif était aggravé de manière réactionnelle aux éléments psychosociaux qui sont prépondérants comme le relève le psychiatre. Elle maintenait donc ses conclusions précédentes.![endif]>![if> 21. Par décision du 3 février 2014, notifiée le lendemain au SPAd, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité à l'assuré. Après examen des documents médicaux versés au dossier, le SMR était d'avis que l'incapacité de travail était uniquement due à la toxicodépendance de l'intéressé, cette dépendance ne résultant pas d'une atteinte à la santé ayant elle-même valeur de maladie invalidante. Elle n'avait pas non plus entraîné une atteinte à la santé physique ou mentale pouvant nuire durablement à la capacité de gain de l'intéressé. En cas d'abstinence, la capacité de travail et de gain raisonnablement exigible était complète.![endif]>![if> 22. Le 6 mars 2014, le SPAd, agissant au nom et pour le compte de son protégé, a interjeté recours contre cette décision, concluant à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit que l'intéressé est atteint d'une maladie invalidante et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée ; subsidiairement que le dossier soit retourné à l'intimé pour instruction complémentaire.![endif]>![if> La décision de l'OAI est contestée en tant qu'elle retient que la dépendance à l'alcool dont souffre le recourant est primaire et ne constitue pas une atteinte à la santé ayant elle-même valeur de maladie invalidante, ce qui conduit à ce qu'aucune invalidité ne lui soit reconnue. L'expert n'avait pas répondu aux questions de savoir si la dépendance à l'alcool était primaire (ou secondaire) et quelles étaient les conséquences des différentes atteintes à la santé du recourant sur ses capacités de gain. L'expert n'avait formulé que des hypothèses, fondées sur l'anamnèse du patient, pour dresser son parcours en matière de consommation d'alcool ; il s'était également fondé sur les dires de l'épouse du recourant lors de ses différentes hospitalisations. Or, en raison des problèmes conjugaux rencontrés par les époux, il semble peu objectif de les prendre en considération sans la moindre retenue. Le recourant se réfère également à l'avis du Dr F_____ du 25 septembre 2013, susmentionné. Enfin l'avis exprimé par le SMR procédait d'une interprétation de l'expertise incomplète du CURML, et ainsi la dépendance à l'alcool antérieure à 2008, retenue par le SMR, ne présentant pas le degré de vraisemblance prépondérante requis, elle devait être écartée. 23. Invité à répondre au recours et à communiquer son dossier à la chambre de céans, l'intimé a conclu le 1^{er} avril 2014, au rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.![endif]>![if> A l'appui de ses conclusions, il se référait à la décision entreprise. En l'occurrence, l'expertise du 13 mai 2013 du CURML ne constatait aucune atteinte psychiatrique grave, en dehors des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) de longue date, ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis 2008. L'expertise reposait sur un examen approfondi, prenant en compte les plaintes du recourant, et avait été rendu en connaissance

du dossier médical. Elle remplissait ainsi les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, aucune atteinte psychiatrique n'ayant apparemment provoqué l'alcoolisme, il s'agit donc d'une dépendance primaire, à laquelle un caractère invalidant ne peut pas être reconnu, aux termes de la jurisprudence. Les éléments apportés après le dépôt de recours ne permettaient pas de faire une appréciation différente. 24. Par courrier du 3 avril 2014, le recourant a été invité à consulter le dossier et à formuler d'éventuelles observations dans un délai échéant au 5 mai 2014. 25. Le SPAd a indiqué par courrier du 29 avril 2014 que son protégé était à nouveau en rupture de soins depuis deux mois, période durant laquelle il avait commis un tentamen n'ayant toutefois pas nécessité d'hospitalisation. Dès lors que l'intéressé venait de reprendre contact avec son psychiatre et son médecin spécialisé en alcoologie, il apparaissait opportun de transmettre à l'autorité de recours de nouvelles attestations médicales, raison pour laquelle il sollicitait une prolongation du délai pour produire dites observations complémentaires. 26. Le SPAd s'est déterminé le 6 juin 2014 : il a annoncé une nouvelle détérioration de l'état psychique du recourant, lequel était toujours hospitalisé, selon attestation du Dr F_____ datée du 5 juin 2014 (qui se borne à certifier que le recourant est hospitalisé à la clinique psychiatrique de Belle-Idée depuis le 19.05.2014, présentant une péjoration de son état psychique qui a nécessité une prise en soin plus intensive). Le SPAd demandait que l'instruction soit complétée afin qu'un rapport médical lié à cette hospitalisation soit produit dans le cadre de la présente procédure, d'une part, et d'autre part que le rôle de chacune des atteintes à la santé sur la capacité travail de l'intéressé soit décrite et évaluée. 27. Invité à se déterminer sur le courrier précité, l'intimé a pris position le 25 juin 2014 : le recourant n'a produit aucune pièce médicale détaillée permettant de comprendre les raisons de son hospitalisation depuis le 19 mai 2014. Seul un certificat médical succinct du Dr F_____ a été porté à la connaissance de l'intimé. Les faits allégués complémentaires étant survenus postérieurement à la clôture de la procédure administrative, et surtout après la décision entreprise, l'hospitalisation du recourant était vraisemblablement réactionnelle à la décision du 3 février 2014 et non durable, de sorte qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé ne saurait être prise en compte dans le cadre du présent recours. Il appartiendrait le cas échéant à l'assuré ou à son représentant d'introduire une nouvelle demande auprès de l'Office intimé. 28. Par courrier du 1^{er} juillet 2014, le recourant a reçu copie de la détermination précitée. 29. Le 16 octobre 2014, le SPAd a adressé à la chambre des assurances sociales une copie de la lettre de sortie établie le 17 juillet 2014 par les docteurs I_____ et J_____, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au département de santé mentale de psychiatrie, unité hospitalière d'addictologie des HUG, au sujet de l'hospitalisation du recourant, du 20 mai au 6 juin 2014. Il s'agissait de la dix-septième hospitalisation en entrée ordinaire sur certificat du Dr J_____, en raison d'un état dépressif chez un patient connu pour un trouble dépressif récurrent, associé à une demande de sevrage d'alcool. Le diagnostic principal posé était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) ; les autres diagnostics posés étaient ceux de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F10.21). Ce rapport mentionne notamment : - sous la rubrique status à l'entrée : tenue et hygiène correctes. Pas de signe de sevrage. Calme et collaborant. Orienté aux quatre modes, sans trouble de la conscience ni de la vigilance. Attention conservée mais concentration diminuée. Thymie triste, anhédonie, perte d'élan vital,

sentiment de désespoir. Pas d'idées suicidaires actuellement, le patient s'engage à faire appel. Pas de trouble apparent du cours ou du contenu de la pensée. Discours cohérent et informatif. Présence d'éléments psychotiques : le patient décrit un sentiment de persécution, dit qu'il se sent observé, critiqué par les gens et s'enferme parfois chez lui pendant plusieurs jours. Troubles du sommeil : insomnie de maintien et d'endormissement ; perte d'appétit. - Sous la rubrique discussion et évolution : l'évolution de ce patient, admis pour un sevrage d'alcool, a été favorable sous une dose initiale d'Anxiolit de 120mg par jour, ainsi que la mise en place d'une vitaminothérapie. Le patient a mis en avant sa volonté de se sevrer complètement de l'alcool face aux nouvelles responsabilités qui l'attendent suite à l'arrivée de sa compagne qui vivait jusqu'à maintenant au Brésil. La thymie du patient était effondrée à son entrée avec la présence d'idées suicidaires fluctuantes. Au cours du week-end qui a suivi son entrée au Sirocco, le patient est parti en congé pour préparer l'arrivée de sa compagne. Au cours de celui-ci, il s'était massivement alcoolisé à domicile, après avoir appris que cette dernière était enceinte, et qu'il n'était pas le père de cet enfant. Suite à l'apparition de ce facteur de crise, il avait de nouveau présenté des idées suicidaires ayant conduit au déclenchement d'une recherche urgente de la part des HUG. À son retour dans l'unité il avait pu verbaliser son sentiment de déception et d'avoir été trahi. Il s'était rapidement montré critique par rapport aux idées suicidaires qu'il avait pu avoir et s'était engagé à faire appel par la suite. Sur le plan somatique, devant un bilan hépatique perturbé et la notion d'une fibrose avancée lors des derniers examens, un contrôle échographique avec fibroscan a été demandé. Il serait effectué en ambulatoire dans le courant du mois de juin. En l'absence de critères de dangerosité immédiate et devant une évolution nettement favorable, sa sortie définitive lui a été accordée le 6 juin 2014. - Sous la rubrique status à la sortie : patient calme, collaborant, thymie neutre, affects congruents à l'humeur. Pas d'idées suicidaires. Discours clair, cohérent et informatif. Persistance d'idées de concernement, critiquées par le patient. 30. Au vu de la teneur de ce rapport, la curatrice du recourant a sollicité une nouvelle fois que l'instruction soit complétée afin que le rôle de chacune des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail soit décrite et évaluée.!

31. Invité à se déterminer au sujet des pièces et écritures produites par le SPAd, l'intimé s'est prononcé, le 3 novembre 2014, après avoir soumis au SMR le document médical produit par le recourant : il a confirmé ses précédentes conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision attaquée, se ralliant intégralement à l'avis du SMR. Ce service médical, ayant repris la chronologie des événements qui se sont déroulés depuis le début 2014, et pris en compte les éléments relevés dans la lettre de sortie produite par le recourant, arrive à la conclusion que l'assuré présente un alcoolisme primaire de longue date qui se décompense en fonction de facteurs non-médicaux, tels que la décision de refus de l'AI, l'arrivée de la compagne, ou alors lorsqu'il apprend que sa compagne est enceinte, mais qu'il n'est pas le père de l'enfant à naître. Un sevrage est alors possible sous contrôle médical et celui-ci entraîne une amélioration manifeste de l'état thymique. Se référant à son propre avis du 5 août 2013, le SMR considère que le trouble dépressif est secondaire à la prise d'alcool et favorisé par celle-ci. En cas d'abstinence, l'assuré ne présente plus aucun symptôme dépressif, la thymie est neutre. Manifestement des facteurs non-médicaux de type psychosociaux entraînent une augmentation de la consommation d'alcool et une décompensation thymique secondaire qui se résout dès l'arrêt de la consommation. Cette aggravation transitoire de l'alcoolisme primaire de cet assuré n'est pas en lien avec une maladie psychique ou somatique, mais avec des facteurs non-médicaux qui sont prépondérants. Il persiste donc dans les conclusions de son avis du 5 août

2013. 32. le 7 novembre 2014, la chambre de céans a communiqué copie de l'écriture de l'intimé et son annexe, pour information au recourant.!

33. 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^{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. 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.!

3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a nié toute invalidité au recourant au motif que la dépendance à l'alcool dont il souffre est primaire et ne constitue pas une atteinte à la santé ayant elle-même valeur de maladie invalidante, et s'il est parvenu à cette conclusion au terme d'une instruction complète prenant en compte tous les éléments médicaux pertinents.!

4. 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.!

5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :!

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. aux termes de cette année, il est invalide à 40 % au moins. 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à apporter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).!

7. Dans l'assurance invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'Assurance Invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'Institution de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, page 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).!

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est

déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen d'une preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008 dans la cause 9C_773/2007 consid. 2.1).!endif>![if> 9. 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).!endif>![if> 10. 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).!endif>![if> 11. 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. A 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).!endif>![if> 12. 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 ; VSI 2001, page 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).!endif>![if> 13. A 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). 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_395/2007 , op. cit., consid. 2.4). 14. 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).!

!> 15. Dans le cas d'espèce, l'OAI a nié le droit aux mesures professionnelles et/ou à la rente d'invalidité, en se fondant sur l'avis du SMR du 5 août 2013, lequel était basé sur ses propres constatations du 16 octobre 2012 et sur le résultat de l'expertise réalisée par le CURML, et singulièrement sur le rapport d'expertise de ce centre du 13 mai 2013.!

!> Au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, la chambre des assurances sociales constate que l'expertise mise en place par l'intimé au stade de la procédure administrative a été confiée à un médecin indépendant, respectivement à un centre universitaire indépendant ; elle a été établie par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier ; le rapport se fonde sur des examens complets, et prend également en

considération les plaintes exprimées par l'expertisé, les experts ayant examiné l'intéressé lors de trois entretiens, de fin janvier à fin avril 2013, l'expertise ayant été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical ne souffrant guère de critiques. Le recourant fait valoir que les éléments anamnestiques recueillis n'étaient pas suffisants pour établir que la dépendance à l'alcool du recourant remonte à une période antérieure à 2008. Il critique dès lors l'expertise en tant qu'elle se fonde, de ce point de vue, soit sur des hypothèses, soit encore sur les dires de l'épouse du recourant, lors des différentes hospitalisations de ce dernier, considérant qu'il semble peu objectif de prendre ceci en considération, sans la moindre retenue, dès lors qu'ils s'inscrivent dans le contexte de séparation. Ce grief tombe à faux : en effet, loin de ne reposer que sur des hypothèses, les éléments pertinents retenus proviennent de plusieurs sources, médicales ou non, ressortant notamment des déclarations mêmes du recourant, mais également de divers documents médicaux notamment le rapport d'intervention psychiatrique d'urgence du 1^{er} décembre 2008, où il est relevé dans les éléments anamnestiques et de crise que l'intéressé est sans antécédents psychiatriques connus, mis à part une dépendance "OH" (à l'alcool), l'intéressé se disant sevré depuis environ un mois et demi. Ce rapport relève que l'intéressé décrit une situation tendue au niveau professionnel et un conflit conjugal de longue date, qui se solde actuellement par une procédure de divorce en cours. Son épouse dira, en effet, lors de la deuxième hospitalisation du recourant, en automne 2009, qu'il buvait depuis vingt ans, mais que les alcoolisations se sont aggravées les dernières années. Ces éléments sont également corroborés par des documents médicaux postérieurs à l'expertise, notamment la lettre de sortie du département de santé mentale de psychiatrie du 17 juillet 2014, qui relève que le patient est connu pour une dépendance chronique de l'alcool depuis l'âge de 13 ans. En revanche, le recourant fait grief à l'expert de ne pas avoir répondu à certaines des questions posées par l'intimé, dans le cadre de la mission d'expertise, et en particulier, à celle de savoir si l'addiction à l'alcool était primaire ou secondaire. Selon la jurisprudence, 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 – primaires -), et que dans ce contexte 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. La chambre des assurances sociales considère en effet surprenant que le SMR, ayant pourtant, et à juste titre, précisément recommandé d'interroger l'expert à ce sujet, en énonçant expressément la question dans la liste des questions à poser, se soit contenté, à réception du rapport de l'expertise, d'interpréter le rapport, sur ce point, en répondant, de fait, lui-même, à la question posée à l'expert. C'était ainsi admettre que l'expert n'avait pas répondu à une question centrale, sinon essentielle de ce rapport. Le SMR avait les moyens et le devoir d'interpeller l'expert, pour clarifier cette question, constatant qu'il n'y avait pas été répondu. Il s'agissait en effet, et de toute évidence, d'une question fondamentale pour fixer les droits de l'administré à des prestations de l'assurance invalidité, ou au contraire pour les nier, de façon motivée. De la réponse à cette question pourraient découler d'autres questions et les conclusions pourraient être différentes. Contrairement à ce que soutient le recourant qui allègue que l'expert n'aurait pas déterminé quelles étaient les conséquences des différentes atteintes à la santé du recourant sur ses capacités de gain, le rapport traite de ces questions, notamment en pages 13 et suivantes. S'agissant d'ailleurs de certaines de ces influences, l'expert retient des limitations physiques, suggérant une expertise somatique. Là encore, le SMR ne semble pas avoir retenu nécessaire de compléter l'instruction dans cette direction,

et ce sans motiver son choix. Ceci dit, la chambre des assurances sociales constate que le rapport du CURML répond aux conditions posées par la jurisprudence en ce qui concerne l'exigence d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'une pleine connaissance du dossier ; le rapport se fonde sur des examens complets, et prend également en considération les plaintes exprimées par l'expertisé. Il devra néanmoins, pour que l'on puisse retenir la valeur probante, être complété, notamment par rapport à la question à laquelle il n'a pas formellement répondu, de savoir si l'on est en présence d'un alcoolisme primaire ou secondaire, et sur les conséquences qu'il y a lieu d'en tirer. 16. A l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).> 17. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).> 18. Dans le cas d'espèce, l'expertise ordonnée par l'intimé répondait aux critères requis par la jurisprudence mentionnée ci-dessus, s'agissant des droits de participation de l'assuré, lequel avait été dûment interpellé préalablement à la mise en œuvre du CURML.> La chambre de céans relève encore que les avis médicaux versés au dossier postérieurement au dépôt du recours ne remettent pas fondamentalement en cause les constatations et avis de l'expert. La lettre de sortie du 17 juillet 2014 comporte d'ailleurs un certain nombre de contradictions apparentes, notamment si l'on compare les constatations relatives au status à l'entrée, et les développements figurant sous la rubrique discussion et évolution, notamment par rapport à la question des idées suicidaires. Ainsi, ces avis médicaux ne sont pas de nature à justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Ils devront toutefois être soumis à l'expert, dans le cadre du complément d'expertise que l'intimé devra ordonner. 19. Au vu de ce qui précède, le dossier sera renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire, en invitant le CURML à compléter son rapport en répondant notamment à la question de savoir si la dépendance à l'alcool est primaire ou secondaire, et déterminer les conséquences de sa réponse par rapport aux différentes atteintes à la santé du recourant sur ses capacités de gain.> 20. Le recours sera partiellement admis et la décision du 3 février 2014 sera annulée. > 21. Le recourant, représenté par son curateur, le service de protection de l'adulte, obtient gain de cause, mais ne peut prétendre à des dépens. Il n'y a

d'ailleurs pas conclu. **22.** Etant donné que, depuis le 1er 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 A la forme :**

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