

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/224/2017

ATAS/411/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie
CONTI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____1955, au bénéfice d'un doctorat en sciences politiques délivré par l'Institut universitaire des hautes études internationales à Genève le 3 juin 1987, a travaillé au CICR pendant quatorze ans et à l'ONU pendant trois ans.

Il s'est inscrit auprès de la caisse cantonale genevoise de chômage en avril 2012, de sorte qu'un délai-cadre d'indemnisation lui a été ouvert du 20 avril 2012 au 19 avril 2014.

Il a déposé le 5 mars 2014 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il allègue souffrir d'une hépatopathie, d'un diabète, d'une cardiopathie, de troubles dépressifs dus au sevrage d'alcool et est en incapacité de travail à 100 % depuis le 9 octobre 2013.

2. Dans un rapport du 14 novembre 2013, les médecins de la clinique genevoise de Montana ont diagnostiqué une dépendance à l'alcool actuellement abstinente et noté à titre de comorbidités un trouble de l'adaptation de durée prolongée avec symptômes anxieux et dépressifs d'intensité légère à modérée, un syndrome métallique avec diabète de type II, une dyslipidémie et surcharge pondérale, de la goutte, un tabagisme actif et un syndrome coronarien sans accident ischémique.
3. Dans un rapport du 28 mars 2014, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant, a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, ce depuis plusieurs années et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2012. À titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a mentionné un diabète de type II traité depuis 2003, un tabagisme actif et un syndrome coronarien sans accident ischémique.

Elle a précisé que l'assuré souffrait d'une dépendance à l'alcool depuis plusieurs années qui s'est aggravée avec un trouble dépressif secondaire à des difficultés professionnelles et familiales. Le pronostic est lié à l'état dépressif qui a entraîné une aggravation de la dépendance à l'alcool, étant précisé que le patient fait énormément d'efforts pour essayer de se sevrer. Il présente des troubles mnésiques et de concentration et des troubles du comportement. Elle relève à cet égard qu'il s'agit d'un « patient de haut niveau intellectuel qui commet des erreurs et manquements dans un poste qui demande des compétences élevées. ».

Elle considère qu'il est incapable de travailler à 100% dans son activité habituelle au vu de « l'impossibilité totale d'effectuer correctement son travail qui nécessite un comportement adéquat ». À la question de savoir si l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, elle répond qu'il n'en est pas question actuellement.

4. Dans un rapport du 10 juin 2014, le docteur D_____ a noté une alcoolodépendance, un syndrome dépressif, une fibrose hépatique et une athérosclérose coronarienne.

Selon le Dr D_____, « actuellement le patient n'est pas capable de travailler mais dès qu'il aura cessé durablement sa consommation d'alcool, je pense qu'il sera capable de reprendre une activité professionnelle. A l'issue du sevrage, il ne me semble pas qu'il existe des restrictions physiques, mentales ou psychiques à l'exercice du précédent métier de ce patient ».

5. Dans un courrier du 10 juin 2014 adressé à la Dresse C_____, le Dr D_____ a rappelé que « l'histoire de ce patient avec l'alcool est très ancienne et il présente actuellement une dépendance manifeste, dépendance qui est à l'origine de troubles du comportement importants, troubles qui génèrent dans la famille des difficultés récurrentes. Nous avons essayé d'engager le patient dans un sevrage qui semble être la seule solution lui permettant de ne pas tout perdre, notamment sur le plan familial. Le patient s'y est repris à plusieurs reprises mais n'a pu maintenir le sevrage durablement à ce jour. La situation de ce patient reste encore très fragile mais j'espère qu'il pourra s'engager fermement à maintenir cette abstinence tout à fait importante pour lui d'abord et pour son entourage ensuite. ».
6. L'assuré a à nouveau séjourné à la clinique de Montana du 1^{er} au 9 septembre 2014. Le séjour a toutefois été interrompu prématurément, l'assuré ayant reçu le 8 septembre 2014 une proposition de travail.

Le 21 octobre 2014, la Dresse C_____ a à cet égard indiqué qu'elle avait autorisé son patient à tenter un essai de mission à l'ONU, « car il désirait fortement sortir de l'AI. ». L'assuré a toutefois été congédié après deux semaines au vu d'une rechute d'alcool et d'idées suicidaires.

7. Dans un rapport intermédiaire du 5 janvier 2015, le Dr D_____ a annoncé à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il indique en effet que « la situation du patient est très mauvaise. Il existe une détérioration indiscutable des relations familiales. Il est possible que sa famille le mette à la porte et qu'il se retrouve ainsi sans domicile à moyen terme. Il n'a pas de travail et n'a donc plus aucun but dans la vie, ce qui ne manque pas d'aggraver la situation. Des mesures thérapeutiques ont été proposées, notamment sous la forme d'hospitalisations à la clinique de Montana ou de prise en charge psychiatrique, qui à ce jour n'ont pas été suivies d'effet patent. Le pronostic chez ce patient est extrêmement réservé, notamment en raison de l'intensité du syndrome dépressif et de l'intensité également de la dépendance à l'alcool. La capacité de travail est nulle, que ce soit dans le poste de travail occupé ou dans une autre activité adaptée. ».
8. Dans une note du 16 juin 2015, le médecin du SMR a constaté que l'assuré présentait une symptomatologie dépressive dans le contexte d'une dépendance à l'alcool, considéré que cette dépendance n'était pas liée à un trouble causal de la santé et qu'il n'y avait dès lors pas d'atteinte incapacitante à la santé.

9. L'OAI a transmis à l'assuré le 29 juin 2015 un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée.
10. L'assuré l'a contesté le 20 juillet 2015. Il reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'intégralité des éléments de son dossier médical et se réfère à l'avis de ses médecins traitants, les Drs D_____, E_____ et F_____, ainsi qu'à ceux des médecins de l'Unité d'alcoologie (UTA) de l'Hôpital de Belle-Idée, unité au sein de laquelle il a effectué un séjour de deux semaines du 11 au 24 juin 2015.
11. Par courrier du 24 juillet 2015, la Dresse E_____, qui a pris la relève de la dresse C_____ au départ à la retraite de celle-ci, a confirmé la survenance d'une nette aggravation de la thymie au cours des derniers mois, raison pour laquelle l'assuré avait été pris en charge sur le plan psychiatrique à compter du 22 juillet 2015. Elle a précisé qu'une consultation de suivi à l'unité de neuropsychologie et neurologie comportementale des HUG avait eu lieu le 23 mars 2015, à l'issue de laquelle les médecins avaient conclu à une aggravation du ralentissement avec des troubles mnésiques et un retentissement à domicile suggérant une toxicité éthylique persistante associée à un état dépressif en aggravation.
12. Le 29 juillet 2015, la doctoresse G_____, psychiatre et psychothérapeute, a attesté d'un trouble dépressif majeur, récurrent et chronique.
13. Le 24 août 2015, l'assuré a produit plusieurs rapports médicaux, soit ceux du Dr D_____ du 20 août 2015, de la Dresse E_____ du 24 juillet 2015, du Dr F_____ du 23 mars 2015, de la Dresse G_____ du 29 juillet 2015 et des doctresses H_____ et I_____ (hôpital de Belle-Idée) du 23 juin 2015.
14. L'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au docteur J_____ le 27 juillet 2016. L'expertise a été réalisée le 28 septembre 2016. Le Dr J_____ a plus particulièrement constaté que

« En avril 2014, dans un contexte de conflit familial extrêmement sévère, l'épouse fait une demande de séparation. Les problèmes d'alcool de l'expertisé, notamment les troubles du comportement importants qui en découlent la poussent à faire cette démarche. L'expertisé sera obligé de quitter le domicile familial au 30 juin 2014. Après deux sevrages (Clinique de Montana, Belle-Idée), il vit à la B_____ depuis juillet 2015 et jusqu'à ce jour.

Au niveau de l'alcool de 16 ans à 20 ans, on note une consommation massive d'abord les weekends et ensuite plus régulièrement en semaine. De 20 ans jusqu'à l'entrée à la B_____, il consommait en moyenne tous les jours 1 litre de vin rouge et 2 litres de bière avec augmentation à la fin de la semaine. Tout au long de son activité au CICR, il maîtrisait la consommation durant la journée (2 bières à midi) avec une utilisation beaucoup plus importante le soir, Depuis mars 2012 lorsqu'il n'y avait plus d'activité professionnelle, l'expertisé commençait à boire dès 9h00 du matin sur la journée jusqu'à minuit, parfois seul.

Il précise que la situation s'est véritablement péjorée à partir de 2012 dans un contexte de dévalorisation narcissique liée à la difficulté de trouver un nouvel

emploi à la hauteur de ses compétences. Sa description rejoint celle de ses thérapeutes quant à la descente aux enfers avant l'admission à la B_____.

Les traits de personnalité narcissique ont accompagné l'expertisé tout au long de sa vie adulte et jusqu'à 2012 lorsque son dysfonctionnement social est devenu patent dans le contexte d'une dévalorisation que son Moi n'a pas pu gérer (avec les mécanismes de compensation qu'il avait mis en place). Depuis lors, on peut retenir un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique.

La dépendance à l'alcool doit être considérée ici comme un diagnostic primaire qui en interaction actuelle avec le trouble de la personnalité peut menacer la capacité d'intégration professionnelle de cet homme brillant ».

L'expert a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité narcissique depuis le début de l'âge adulte sous forme de trait (le trouble s'étant manifesté à partir de 2012) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue dès l'âge de 20 ans.

Il relève que l'assuré a investi un projet de reprise d'une activité professionnelle dans un domaine proche de ses compétences. Il doit être soutenu dans ce sens, aucune réadaptation n'est à envisager.

Selon l'expert, « il s'agit d'un cas peu fréquent dans le cadre des demandes asséurologiques d'un homme à très haut niveau de fonctionnement prémorbide, présentant une dépendance à l'alcool dès l'âge de 20 ans, qui n'a pas eu de répercussion grave sur sa vie professionnelle jusqu'à 2012. Comme souvent de la cadre des personnalités narcissiques, dont la dépendance aux substances est une des comorbidités psychiatriques majeure, l'utilisation de l'alcool a un effet désinhibiteur et anxiolytique, mais peut passer inaperçu ou s'exprimer uniquement sur le plan des relations intimes grâce à des compensations mises en place par l'individu. Ceci était le cas de l'expertisé jusqu'à son départ du CICR qui l'a fragilisé narcissiquement, puis au retour de son travail aux Comores lorsqu'il s'est retrouvé sans emploi, avec une remise en question de l'image d'homme réussi investie de longue date. La décompensation psychique sous forme de trouble de la personnalité a amené une péjoration des comportements addictifs avec une détérioration psychosociale majeure. Suite à sa séparation, et malgré une vie affective marquée par la primauté de sa propre satisfaction, l'expertisé a fait face à un isolement social et une confrontation à certains aspects inauthentiques de sa propre histoire. Aidé par ses thérapeutes et par un milieu familial qui est resté soutenant, il a pu arrêter les consommations et reprendre une activité professionnelle dans le domaine de ses compétences. Il ne faut toutefois pas sous-estimer la rupture de cette abstinence les derniers mois qui pourrait représenter un prélude de nouvelle rechute au cas où la gratification narcissique trouvée par la réappropriation du monde professionnel s'avérerait plus difficile que prévu ».

L'expert évalue la capacité de travail, dans l'activité exercée jusqu'ici, ainsi que dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, à 100%.

15. Dans sa note du 1^{er} décembre 2016, le médecin du SMR a pris note des conclusions de l'expertise et s'est référé au rapport SMR du 16 juin 2015.
16. Par décision du 5 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision de refus de prestations.
17. L'assuré, représenté par Maître Emilie CONTI, a interjeté recours le 20 janvier 2017 contre ladite décision.

Il considère que l'expertise n'a pas de force probante suffisante pour justifier la décision de l'OAI. Il reproche à l'OAI de n'avoir pas instruit son dossier de manière complète. Il conclut en conséquence à ce que son incapacité complète de travail soit reconnue depuis le 23 octobre 2013 et à l'octroi de prestations d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014.

18. Le 21 février 2017, l'assuré a complété son recours. Il a produit deux attestations, la première de la Dresse G_____ du 10 février 2017, aux termes de laquelle les diagnostics de « trouble dépressif majeur, sévérité moyenne, récurrent et chronique, sans caractéristique psychotique, trouble de la personnalité NS avec altération du fonctionnement social et professionnel, personnalité passive - agressive, et dépendance alcoolique (plus tabagisme), plus abus d'alcool depuis ses 16 ans », sont posés, et la seconde du Dr D_____ du 20 février 2017, dans laquelle celui-ci indique que « l'année 2014 et les six premiers mois de l'année 2015 ont été marqués par une alcoolisation régulière et excessive à l'origine des problèmes somatiques, psychiques, familiaux et professionnels. Pendant cette période, le patient était extrêmement déprimé. Cette dépression se manifestait par une aboulie, une apraxie, une asthénie, un sentiment de n'être compris par personne et une tristesse intense quasi permanente.

En juillet 2015, l'admission à la B_____ a permis au patient de se sevrer de l'alcool. Les bénéfices liés à cette abstinence se sont révélés dans le domaine psychique particulièrement. L'aboulie s'est dissipée, la tristesse a peu à peu disparu. La reprise d'une activité professionnelle dans le début 2016 a permis d'améliorer encore la situation psychique avec notamment l'apparition d'une meilleure estime de soi et des capacités de se projeter dans l'avenir.

Malheureusement, l'été 2016 s'est accompagné d'une reprise de l'alcoolisation d'abord sur un mode assez peu intense puis progressivement de manière de plus en plus prononcée. Parallèlement, le projet professionnel a été mis à mal non en raison de la reprise de l'alcoolisation mais en raison de difficultés internes à la structure susceptible de l'embaucher. L'horizon professionnel se bouchant singulièrement, le patient n'avait plus de raisons majeures de s'accrocher aux bons résultats obtenus au printemps 2016.

Nous avons vu réapparaître les symptômes psychiques antérieurs et leurs cortèges de conséquences plus ou moins sévères ».

L'assuré indique qu'entre septembre 2015 et février 2016, il a accompli un stage en cuisine dans un restaurant, puis a travaillé comme réceptionniste de la B_____ où

il réside. Depuis le printemps 2016, il est employé en tant que stagiaire, d'abord à 60% en mars, puis à 100% dès le 1^{er} avril au sein du centre d'enseignement et de recherches en actions humanitaires de Genève (CERAH) pour un salaire mensuel de CHF 1'800.- brut, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée arrivant à échéance le 31 décembre 2016.

Il persiste dans ses conclusions.

19. Dans sa réponse du 21 mars 2017, l'OAI a quant à lui considéré que le rapport d'expertise du Professeur J_____ avait valeur probante. Rappelant que selon ce médecin, l'alcoolémie de l'assuré doit être qualifiée de primaire, les troubles diagnostiqués, qui résultent de la consommation d'alcool, sont sujets à rémission moyennant abstinence, de sorte qu'ils ne fondent pas d'incapacité de travail, respectivement de gain valant invalidité.

Il rappelle par ailleurs que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne doivent pas être comptés au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI.

L'OAI s'oppose enfin à la mise sur pied d'une nouvelle expertise, considérant que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables que les arguments de l'intéressé ne peuvent mettre en doute.

20. Dans sa réplique du 28 avril 2017, l'assuré a reproché à l'expert de ne pas s'être déterminé sur le diagnostic de trouble dépressif, lequel a pourtant été systématiquement posé par les médecins traitants, et persisté dans ses conclusions.
21. Dans sa duplique du 23 mai 2017, l'OAI a également maintenu sa position.

Il rappelle que selon le dossier médical, la consommation excessive d'alcool est d'origine primaire et constitue l'atteinte à la santé principale, qu'il apparaît clairement qu'en période d'abstinence ou de moindre consommation, l'assuré peut exercer une activité lucrative, que les conclusions de l'expertise sont parfaitement compatibles avec celles des médecins traitants, que rien ne justifie dès lors que soit ordonnée une nouvelle expertise, ce d'autant moins que l'expertise du Dr J_____ a été réalisée il y a peu de temps, soit en septembre 2016.

22. Par courrier des 9 novembre et 8 décembre 2017, l'assuré a répété qu'il sollicitait sa propre audition et la mise en place d'une expertise judiciaire psychiatrique.
23. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de la Dresse G_____ le 16 janvier 2018. Celle-ci a déclaré que

« Je confirme que je suis l'assuré depuis juillet 2015. Il était alors déjà résidant à la B_____. Il m'a été adressé par son médecin traitant pour un trouble dépressif moyen à sévère, plutôt récurrent et chronique. Je confirme ce diagnostic de trouble dépressif que je qualifierais de sévère avec effet sur la capacité de travail. Lorsqu'il est venu me consulter je dirais que son incapacité de travail était entière. J'estime que les critères pour un diagnostic de trouble dépressif sévère étaient réalisés. Il

présentait des traits mélancoliques, avait des idées très noires, des angoisses de mort et se trouvait dans une situation de deuil dans la mesure où il venait de se séparer de son épouse et souffrait d'être éloigné de ses enfants. J'ai pu constater une amélioration de son état dépressif progressivement, grâce au travail personnel effectué à la B_____, et au traitement anti-dépresseur. Il a même pu reprendre une certaine activité lucrative, ce qui était valorisant pour lui. J'étais même surprise qu'il puisse le faire. Je l'ai trouvé très enthousiaste. J'ai pris connaissance du rapport d'expertise du Dr J_____. J'ai constaté que l'expert avait écarté le diagnostic de trouble dépressif. Je comprends son point de vue, mais je pense qu'il est biaisé, du fait qu'il n'examine la situation que par une fenêtre, sur une période bien déterminée. L'assuré peut tout à fait bien fonctionner à certaines périodes et pas à d'autres. Je rappelle que l'assuré est venu en Suisse lorsqu'il était jeune adulte. Je considère qu'à l'époque déjà il souffrait de cette fragilité et d'un état dépressif déjà. Je précise que la thymie ou l'humeur peut osciller fortement, raison pour laquelle je me posais des questions sur la suite de cette activité lucrative pour laquelle il se montrait très enthousiaste, sachant qu'il s'agissait d'un contrat à durée déterminée.

S'agissant de savoir comment se sont imbriqués le problème de l'alcool et le trouble dépressif, j'ai appris en établissant l'anamnèse de mon patient que celui-ci avait connu de grandes difficultés dans sa famille en raison d'un père défaillant. Sa mère s'était retrouvée seule alors qu'il n'était âgé que de 16 ans. Il s'était alors retrouvé avec beaucoup de responsabilités sur les épaules, un sentiment de culpabilité par rapport à son père. Je considère qu'il était alors déjà déprimé et que sa façon de s'échapper de son sentiment de dévalorisation et de cette ambiance morose a été de prendre de l'alcool. Il s'est également réfugié dans les études et a obtenu une bourse pour venir en Suisse. On ne peut pas parler de trouble de la personnalité en cas d'adolescents qui doivent faire face à des événements extérieurs.

Malgré le fait que le contrat à durée déterminée se soit terminé, l'abstinence est restée plus ou moins.

Son état dépressif est depuis 3 ou 4 mois environ entre léger et modéré. Les traits mélancoliques, les angoisses de mort et le sentiment de culpabilité sont toutefois restés. Il y a eu des périodes où je ne l'ai pas vu, car il a voyagé dans son pays pour voir sa sœur avec laquelle il a gardé des contacts. Sa dysthymie reste quoi qu'il en soit à un seuil très bas.

Je relèverais que ce qui a contribué également à l'amélioration de son état, est le fait qu'il a pu travailler à la réception de la B_____ entre 70 et 80%, ce qui l'a beaucoup aidé.

J'ai retenu un trouble mixte de la personnalité (qui peut tout à fait comprendre un trouble narcissique), parce que l'assuré a des difficultés à gérer ses impulsions et ses émotions.

Je pense que c'est à cause de cette difficulté à gérer les impulsions et les émotions que lorsqu'il s'est retrouvé en échec vis-à-vis de sa famille, il s'est tourné vers

l'alcool. Il y a eu chez lui la nécessité de mettre un écran, soit l'alcool, à ses angoisses. Cela dit, il est difficile de le dire de façon sûre. C'est un peu le problème de l'œuf et la poule. Je pense qu'il y avait une fragilité à la base et que dans les conditions qu'il a vécues jeune, l'état dépressif était présent.

Mon patient souffre d'une dysfonction hépatique en raison de l'abus d'alcool.

Il s'est toujours montré motivé pour travailler. Je ne vois pas à ce jour d'empêchement. Une reprise progressive devrait pouvoir être tentée ».

24. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a considéré, le 29 janvier 2018, que

« Au cours de son audition, le Docteur G_____ confirme les diagnostics déjà retenus dans ses différents rapports. Mais elle précise, cependant, qu'elle est en accord avec les conclusions de l'expert, lorsqu'il écarte le diagnostic dépressif. En effet, pour elle, l'état psychique de l'assuré est fluctuant et l'état constaté lors de la consultation n'est qu'un reflet ponctuel de la situation psychique.

Mais, dans le même temps, elle confirme que c'est « le travail personnel effectué à la B_____ », sous-entendant l'abstinence à l'alcool, qui a permis cette amélioration.

On comprend bien en lisant les dires du Dr G_____ que le mauvais état psychique de l'assuré par période est bien lié aux fluctuations de la dépendance à l'alcool. Lors des périodes d'abstinence, l'assuré est capable de travailler sans difficulté. Le psychiatre confirme d'ailleurs que la reprise de travail est souhaitable pour l'état psychique de l'assuré et qu'il « ne voit pas à ce jour d'empêchement » à cette reprise ».

Le médecin du SMR s'en tient dès lors à ses conclusions précédentes, soit celles du 1^{er} décembre 2016.

Le 6 février 2018, l'OAI a déclaré confirmer sa position.

25. Le 16 mars 2018, l'assuré a relevé que la Dresse G_____ avait confirmé que son incapacité de travail était entière en juillet 2015, lorsqu'elle avait commencé à le suivre à sa consultation, en raison d'un épisode dépressif sévère et que son analyse rejoignait celles des Drs E_____ et D_____ à la même époque (pièces 13 et 15 recourant). Il souligne que selon la Dresse G_____, le trouble dépressif dont il souffre remonte à l'adolescence et que le trouble mixte de la personnalité est en lien avec le recours à l'alcool. Il en conclut que le trouble dépressif chronique et le trouble mixte de la personnalité sont à l'origine de sa dépendance, et ont présenté un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain.

Il conteste que la Dresse G_____ ait dit qu'elle était d'accord avec les conclusions de l'expert, soulignant qu'elle s'est en réalité contentée d'indiquer que « je comprends son point de vue, mais je pense qu'il est biaisé, du fait qu'il n'examine la situation que par une fenêtre, sur une période bien déterminée ».

Il relève enfin que le médecin du SMR a réduit le travail personnel qu'il a effectué à la B_____ à l'abstinence à l'alcool. Or, il y a bénéficié d'un accompagnement

socio-éducatif soutenu, intégrant notamment des séances de thérapie, des cours, des stages et d'autres mesures. De plus, il a suivi un traitement antidépresseur.

L'assuré a en conséquence persisté dans ses conclusions.

26. Ces écritures ont été transmises à l'OAI, 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. 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 le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014.

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). 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).

5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6

LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 LPGA.

6. a. 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 malade, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. 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).

c. 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 (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

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 (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

d. 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 (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. 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).

f. 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g. 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. cc).

h. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. a. 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

c. 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 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 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).

9. En l'espèce, l'OAI a refusé à l'assuré toute prestation d'assurance-invalidité. Se fondant sur l'expertise réalisée par le professeur J_____ le 28 septembre 2016, le SMR a en effet considéré, dans une note du 16 juin 2015, que la dépendance à l'alcool dont l'assuré souffrait n'était pas liée à un trouble causal de la santé et que dès lors il n'y avait pas d'atteinte incapacitante à la santé.
10. Il s'agit tout d'abord d'examiner si l'expertise du 28 septembre 2016 a valeur probante à l'aune des critères jurisprudentiels en matière d'expertises et de rapports médicaux. Il y a à cet égard lieu de constater que l'expert a pris en compte tout le dossier médical, que le rapport 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 eu deux entretiens avec l'assuré, les 28 septembre et 10 octobre 2016, et a pris contact avec la Dresse G_____ et le Dr D_____. L'expertise paraît ainsi avoir valeur probante.

11. L'assuré le conteste toutefois.

- a. Il relève que l'expert ne distingue pas les différentes phases pour juger de sa capacité de travail, alors qu'il lui était précisément demandé de se prononcer sur les incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée, en en précisant le taux, le début et l'évolution entre le 1^{er} septembre 2014 (naissance du droit vu l'art. 29 al. 1 et 3 LAI) et le jour de l'expertise, le 28 septembre 2016.

Il est vrai que l'expert se borne à évaluer à 100 % la capacité de travail de l'assuré dans l'activité exercée jusqu'ici, par rapport à son dernier emploi en cours, et dans une activité correspondant à ses aptitudes. Il ne se détermine pas sur les périodes considérées. Ce défaut ne justifierait toutefois pas de nier à l'expertise, pour ce seul motif, toute valeur probante.

Un complément d'expertise pourrait en revanche lui être demandé sur ce point, suivant l'issue apportée au présent litige.

- b. L'assuré ne comprend pas que l'expert n'examine pas les diagnostics que les médecins traitants ont retenus, alors qu'il reconnaît expressément que ces médecins ont eu « une vision correcte de la complexité de ce cas ».

Il y a toutefois lieu de relever qu'en réalité, c'est uniquement la question de savoir si la thérapie suivie jusqu'à présent était conduite dans les règles de l'art qui était posée à l'expert, ce à quoi celui-ci a répondu par l'affirmative, en précisant que les médecins avaient une vision correcte de la complexité du cas. On ne peut dès lors pas considérer qu'il y ait contradiction dans les déclarations de l'expert à cet égard.

- c. L'assuré reproche à l'expert de n'avoir pas expliqué pour quels motifs il écartait un trouble dépressif, alors qu'il souffre depuis 2012 d'un trouble dépressif lié à ses difficultés professionnelles et familiales, et attesté par ses médecins traitants. La

Dresse G_____ a diagnostiqué, le 19 février 2017, « un trouble dépressif majeur sévérité moyenne récurrent et chronique sans caractéristiques psychotiques, outre le trouble de la personnalité, NS, avec altération du fonctionnement social et professionnel, personnalité passive – agressive et la dépendance alcoolique (+ tabagisme) + abus d'alcool (F10.1) depuis ses 16 ans ». Le Dr D_____ a également attesté, le 20 février 2017, d'un état dépressif important durant l'année 2014 et les six premiers mois de l'année 2015. Le médecin a expliqué que l'admission à la B_____ en juillet 2015, avait permis un sevrage, de sorte que les bénéfices liés à cette abstinence se sont révélés dans le domaine psychique particulièrement. Une rechute due à une reprise de l'alcoolisation était survenue durant l'été 2016.

Il est vrai que l'expert dit n'avoir constaté aucun élément parlant en faveur d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive, et ne discute dès lors effectivement pas le diagnostic retenu par les médecins traitants. Il précise cependant la raison pour laquelle il considère qu'il n'y a pas trouble dépressif, en ces termes :

« la thymie est neutre. Absence de sentiment de dévalorisation ou d'indignité. Elan vital conservé. Absence d'aboulie ou d'anhédonie. Pas d'idées noires ou idéation suicidaire mises en évidence. Pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux ».

Il s'est également entretenu, en octobre 2016, avec la Dresse G_____, qui lui a rapporté une évolution positive - bien que l'assuré reste fragile - avec un travail fait autour de la situation familiale et de la dépendance, et avec le Dr D_____, qui a décrit la période de septembre 2014 à juin 2015 vécue par l'assuré comme ayant été une descente aux enfers, mais qui a également fait état d'une évolution positive depuis, l'assuré montrant beaucoup moins de symptômes de la lignée dépressive et étant quasiment abstinent de l'alcool.

Se fondant ainsi sur cette évolution favorable, sur ses propres constatations et sur le fait que « malgré une rechute partielle dès juillet 2016, il arrive à tenir son emploi », et constatant que selon le Dr D_____, l'assuré était « un homme avec beaucoup de ressources, qui n'a pas besoin de l'AI, mais qui a besoin de rester loin de l'alcool et de travailler », l'expert a exclu tout trouble dépressif.

La chambre de céans est d'avis que l'expert a, ce faisant, ignoré les conséquences de la rechute survenue dès l'été 2016. Il est vrai que celles-ci ne s'étaient vraisemblablement pas encore suffisamment clairement manifestées au moment où l'expertise a été réalisée, le 28 septembre 2016, étant rappelé au surplus que l'assuré est actuellement sans emploi. On ne saurait certes le reprocher à l'expert. Il y a toutefois lieu de constater que son rapport pourrait être complété à cet égard.

d. L'assuré considère que l'expert se contredit lorsque, d'une part, il qualifie le trouble de la personnalité narcissique et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, de diagnostics avec effets sur la capacité de travail et, d'autre part, conclut à une capacité de travail de 100%.

Force est de constater que si l'expert a bel et bien diagnostiqué ce trouble de la personnalité, il a toutefois précisé qu'il n'était pas décompensé, et qu'il n'impliquait pas, partant, une diminution de la capacité de travail de façon durable. Il n'y a dès lors pas de contradiction dans ses conclusions.

12. Force est, au vu de ce qui précède, de considérer que le rapport d'expertise du Prof. J_____ peut se voir reconnaître valeur probante, étant toutefois précisé qu'il devrait être complété, le cas échéant, sur la question des incapacités de travail (taux, début et évolution entre le 1^{er} septembre 2014 et le 28 septembre 2016), ainsi que sur les conséquences de la rechute dont l'assuré a souffert dès l'été 2016.

13. Dans son rapport d'expertise, le Prof. J_____ a conclu que « la dépendance à l'alcool doit être considérée ici comme un diagnostic primaire qui, en interaction actuelle avec le trouble de la personnalité, peut menacer la capacité d'intégration professionnelle de cet homme brillant ».

L'assuré considère en revanche que le trouble dépressif chronique et le trouble mixte de la personnalité sont à l'origine de sa dépendance, et ont présenté un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain.

14. L'expert a écarté le trouble dépressif comme diagnostic. Or, il s'est fondé sur l'état de l'assuré au jour de l'expertise. On peut donc admettre que l'assuré souffrait bel et bien d'un état dépressif qui, selon le Dr D_____ et la Dresse G_____, s'est peu à peu amendé dès qu'il a été admis à la B_____ en juillet 2015 et pu réussir un sevrage.

Il s'agit, cela étant, de déterminer si ce trouble dépressif est la cause de la dépendance à l'alcool ou de son aggravation.

15. Selon Dresse C_____, l'assuré souffrait d'une dépendance à l'alcool depuis plusieurs années qui s'est aggravée avec un trouble dépressif secondaire à des difficultés professionnelles et familiales. Le pronostic est lié à l'état dépressif qui a entraîné une aggravation de la dépendance à l'alcool (rapport du 28 mars 2014).

La Dresse G_____ a indiqué que le trouble dépressif dont il souffre remontait à l'adolescence (rapport du 29 juillet 2015).

Selon le Dr D_____ en revanche la menace d'une ré-alcoolisation est vraisemblablement le trouble qui est à l'origine de la dépression chronique.

Le Dr D_____ considère ainsi que la dépendance à l'alcool est primaire en rapport avec le trouble dépressif et constitue l'atteinte à la santé principale. Il ajoute toutefois qu'« il est utile de se demander si le patient est capable à long terme de rester abstinent et si la menace d'une réalcoolisation n'est pas justement le trouble qui est à l'origine de la dépression chronique de *l'assuré* ».

La question peut rester ouverte au vu de ce qui suit.

16. L'expert a retenu un trouble de la personnalité, précisant qu'il n'était pas décompensé. On ne comprend pas pourquoi il affirme à ce stade que ce trouble ne serait pas décompensé, alors qu'il a par ailleurs précisément expliqué que

« la décompensation psychique sous forme de trouble de la personnalité a amené une péjoration des comportements addictifs avec une détérioration psychosociale majeure ».

Il y a ainsi lieu de constater que selon l'expert, le trouble de la personnalité, qui s'est décompensé en 2012-2013, est à l'origine de l'aggravation de l'alcoolémie de l'assuré. L'expert s'est toutefois fondé sur le fait que l'alcoolémie était apparue dès l'âge de 20 ans pour conclure que celle-ci était primaire.

Or, l'alcoolémie n'a eu aucune influence sur la capacité de travail jusqu'au moment où la décompensation du trouble de la personnalité est survenue. On ne saurait dès lors affirmer que l'alcoolémie, telle qu'elle se présentait jusqu'en 2012-2013, constitue un diagnostic primaire par rapport au trouble de la personnalité.

Du reste, le fait que la dépendance alcoolique soit largement antérieure à l'apparition de problèmes psychiques ne permet pas nécessairement d'exclure un alcoolisme de caractère secondaire. Dans un arrêt du 2 février 2016, le Tribunal fédéral a en effet considéré qu'il était parfaitement envisageable qu'un trouble dépressif puisse être la cause d'une dépendance à l'alcool, même si celle-ci est largement antérieure à l'apparition du trouble psychique. Il en va de même lorsque les troubles thymiques se sont produits lors d'événements extérieurs (décès des parents, perte d'un emploi, etc...), dès lors que ces troubles ont engendré une surconsommation d'alcool relevant d'un processus d'automédication, ou lorsque la rémission desdits troubles a été observée après une certaine période d'abstinence, dans la mesure où l'alcoolisme et la dépression peuvent avoir suivi leur propre cours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_334/2015).

L'assuré n'a en l'espèce connu aucun réel problème professionnel du fait de sa dépendance à l'alcool jusqu'en 2012. Il a souffert d'une décompensation psychique en 2013 sous forme de trouble de la personnalité, qui est venue aggraver son comportement addictif.

Il ne serait dès lors pas dénué de sens de qualifier de secondaire le caractère de la problématique alcoolique dont souffre l'assuré par rapport au trouble de la personnalité.

Il est vrai que selon le Dr D_____, « l'histoire de ce patient avec l'alcool est très ancienne et il présente actuellement une dépendance manifeste, dépendance qui est à l'origine de troubles du comportements importants, troubles qui génèrent dans la famille des difficultés récurrentes. Nous avons essayé d'engager le patient dans un sevrage qui semble être la seule solution lui permettant de ne pas tout perdre notamment sur le plan familial » (rapport du 10 juin 2014).

Interrogée par la chambre de céans, la Dresse G_____ a quant à elle déclaré que « j'ai retenu un trouble mixte de la personnalité (qui peut tout à fait comprendre un trouble narcissique), parce que l'assuré a des difficultés à gérer ses impulsions et ses émotions. Je pense que c'est à cause de cette difficulté à gérer les impulsions et les émotions que lorsqu'il s'est retrouvé en échec vis-à-vis de sa famille, il s'est tourné vers l'alcool. Il y a eu chez lui la nécessité de mettre un écran, soit l'alcool, à ses angoisses. Cela dit, il est difficile de le dire de façon sûre. C'est un peu le problème de l'œuf et la poule ».

Ces deux appréciations montrent bien la difficulté de déterminer si en l'espèce la dépendance à l'alcool est primaire ou secondaire par rapport au trouble de la personnalité. Il va de soi que les troubles psychiques dont il souffre et la dépendance à l'alcool sont étroitement imbriqués.

Cette question peut toutefois également rester ouverte au vu de ce qui suit.

17. Reste en effet à déterminer si le trouble de la personnalité dont la décompensation aurait entraîné une aggravation de la dépendance à l'alcool, constitue une atteinte à la santé invalidante au sens des art. 8 LPGA et 4 LAI, étant rappelé qu'un trouble de la personnalité n'est pas invalidant en soi aussi longtemps qu'il n'est pas déconditionné. Il y a lieu d'y ajouter le trouble dépressif diagnostiqué par les médecins traitants. La Dresse C_____ notamment fait déjà état le 26 mars 2014 d'un trouble dépressif récurrent présent depuis 2012 et secondaire à des difficultés professionnelles et familiales. Il résulte des explications données par l'expert que les troubles de la personnalité n'impliquent pas en eux-mêmes d'incapacité de travail tant qu'ils ne sont pas décompensés. Ainsi, bien que présentant un état dépressif et un trouble de la personnalité, l'assuré a pu travailler à satisfaction jusque-là. Sa capacité de travail est restée entière.

Il apparaît également que s'il est abstinente, il est parfaitement à même d'exercer une activité professionnelle. En effet, selon le Dr D_____, « actuellement le patient n'est pas capable de travailler mais dès qu'il aura cessé durablement sa consommation d'alcool, je pense qu'il sera capable de reprendre une activité professionnelle. À l'issue du sevrage, il ne me semble pas qu'il existe des restrictions physiques, mentales ou psychiques à l'exercice du précédent métier de ce patient ». (rapport du 10 juin 2014)

Le fait que l'assuré ait bénéficié à la B_____ d'un accompagnement socio-éducatif soutenu, intégrant notamment des séances de thérapie, des cours, des stages et d'autres mesures, et d'un traitement antidépresseur n'y change rien.

Les atteintes qui seraient à l'origine de la dépendance doivent présenter un degré de gravité suffisant (ATF 141 V 281, CIIAI n° 1003).

Tel n'est pas le cas en l'espèce, étant rappelé au surplus que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne doivent pas être comptés au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI.

18. L'assuré fait encore valoir que même si la situation s'est progressivement améliorée au fil des mois au point qu'une reprise progressive de travail devrait pouvoir être tentée, il n'en reste pas moins qu'il est âgé de 63 ans.

L'âge avancé, bien qu'il constitue en soi un facteur étranger à l'invalidité, est reconnu par la jurisprudence comme un critère pouvant aboutir, avec d'autres caractéristiques personnelles et professionnelles de l'assuré, à ce que la capacité de gain résiduelle de ce dernier ne soit plus demandée même sur un marché du travail équilibré. L'influence de l'âge sur la possibilité de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle ne peut être déterminée selon une règle générale, mais dépend des circonstances concrètes. Il faut considérer d'abord la nature et la forme de l'atteinte à la santé et de ses conséquences, puis, compte tenu du peu d'années d'activité qui restent, à la charge que représenteraient une reconversion et une initiation à de nouvelles tâches, et aussi, dans ce contexte, à la structure de la personnalité de l'assuré, à ses aptitudes et à son savoir-faire, à sa formation, à son parcours professionnel ou à la possibilité d'appliquer son expérience professionnelle (arrêt du TF 9C_427/2010). Il faut cependant que les obstacles soient importants pour que l'on admette que la capacité de travail résiduelle d'une personne d'un certain âge ne peut plus être mise en valeur et que l'on conclue que ses chances d'être engagée sur un marché du travail considéré de par la loi comme équilibré ne sont pas intactes (arrêt du TF 8C_96/2012).

Force est toutefois de rappeler que l'âge n'est pris en considération que dans le cadre ultérieur du calcul du degré d'invalidité, lorsqu'il est établi que la dépendance à l'alcool en l'occurrence résulte d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie.

19. L'assuré sollicite de la chambre de céans qu'elle ordonne une expertise si elle n'est pas convaincue par ses allégations.

Le juge peut toutefois renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

20. Aussi le recours est-il rejeté.

Il n'est dès lors pas nécessaire dans ces conditions de solliciter du Prof. J. _____ un complément à son rapport d'expertise.

**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 percevoir 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

La présidente

Nathalie LOCHER

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