

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2442/2017

ATAS/78/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 janvier 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, domicilié dans le canton de Genève, titulaire d'un certificat fédéral de capacité en gestion, a travaillé principalement comme agent de voyages jusqu'en 2007, puis – selon son curriculum vitae – aurait occupé, de 2008 à 2010, des emplois au bénéfice de contrats de durée déterminée.
2. Le 30 mars 2015, il a signé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), qui a été postée le 4 mai 2015 à l'adresse de l'office de l'AI du canton de Genève (ci-après : OAI), où elle a été enregistrée le 6 mai 2015. À teneur de cette demande, l'assuré était veuf depuis le _____ 2010, père de trois enfants (nés respectivement en 1994, 1996 et 1997), sans activité, malade « depuis de nombreuses années », souffrant de « dépression – burn out – alcool – décomposition – perte de poids – crises d'angoisse – insomnies – problèmes gastriques – cyrrose » (sic). Son médecin traitant était le docteur B_____ (spécialiste en médecine interne générale), et il était suivi depuis 2000 par la doctoresse C_____ (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie).
3. De l'office cantonal de l'emploi, l'OAI a appris que l'assuré avait été inscrit au chômage, au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation, du 11 octobre 2007 au 10 octobre 2009, en étant à la recherche d'un emploi à 100 %.
4. D'après un rapport médical du 27 mai 2015 de la Dresse C_____, l'assuré souffrait d'un état dépressivo-anxieux avec alcoolisations importantes dès 1999. Il avait subi deux agressions, l'une le 24 mars 2006 et l'autre le 17 mars 2007, et avait fait une chute le 27 septembre 2006. Ledit médecin l'avait suivi du 6 juin 2007 à novembre 2011, puis dès le 30 avril 2015. Sa capacité de travail exigible était de 40 % à 50 %, avec une aptitude à la réadaptation de 100 % dès juin 2015. Son épouse, dont il vivait séparé, était décédée en 2008. Depuis 1999, il s'était alcoolisé de plus en plus, mais avait réussi depuis quelques semaines à réduire sa consommation d'alcool. Lui-même pensait être apte à travailler à 50 %, puis à augmenter progressivement son taux de travail. N'ayant plus travaillé depuis 2007, sous réserve de six mois durant lesquels, en 2010, il avait été placé par l'assurance-chômage, il avait besoin d'une remise à jour de ses connaissances en informatique.
5. Dans un rapport médical du 24 juillet 2015, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré avait repris contact avec lui le 30 avril 2015. Celui-ci souffrait d'un état dépressif avec anxiété importante et d'un éthylo-tabagisme actif (ce pour quoi il était suivi par la Dresse C_____). Lors d'un bilan de santé avait été découvert un problème pancréatique, pour lequel il avait été adressé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Son aptitude au travail était de 100 % dès le 1^{er} mai 2015.
6. Le 18 novembre 2015, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI n'avoir pas revu l'assuré depuis le 25 juillet 2015.

7. Le 23 décembre 2015, la Dresse C_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, son éthylisme ayant augmenté, et que sa problématique du pancréas était en investigation (sans que rien n'ait encore été trouvé). Sa capacité de travail était à réévaluer (étant possiblement, avec un point d'interrogation, de 40 % à 50 %), mais il avait un manque de motivation et avait besoin de cours de remise à niveau pour ses connaissances en informatique ; sa compliance était à peu près optimale.
8. D'après un rapport médical du 8 mars 2016 du Dr B_____, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. À ce rapport étaient joints un rapport d'une échoendoscopie du 11 février 2016 et un rapport cytologique d'un prélèvement de cette même date d'un kyste pancréatique caudal, établis par les HUG.
9. Par courrier du 4 octobre 2016, à l'invitation de la doctoresse D_____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), l'OAI a demandé à la Dresse C_____ de répondre à diverses questions (indiquer le status psychiatrique actuel, décrire l'état dépressif et déterminer la sévérité de la dépression, déterminer si l'éthylisme est primaire ou secondaire, estimer la capacité de travail avec les deux pathologies relevées comme incapacitantes, indiquer l'évolution de l'état de santé depuis décembre 2015, en cas d'incapacité de travail déterminer la « date de début à la réadaptation »).
10. La Dresse C_____ a répondu à ces questions le 1^{er} novembre 2016. L'état de santé de l'assuré s'était amélioré ; sa dépression était légère et il avait un trouble du comportement lié à l'utilisation chronique d'alcool. Sa consommation d'alcool remontait à l'âge de 14 ans et avait augmenté lors de la séparation d'avec son épouse et surtout depuis la perte de son emploi. Sa capacité de travail était de 50 %, taux susceptible d'être augmenté selon ses résultats au travail. Les lésions pancréatiques s'étaient révélées être des kystes bénins. L'assuré avait été opéré d'une tumeur à l'oreille droite (cholestéatome du canal auditif externe à droite avec exostoses, selon un compte-rendu opératoire du 11 août 2016). Une réadaptation était possible dès le 1^{er} décembre 2016.
11. Le 9 novembre 2016, l'Hospice général a fait parvenir à l'OAI un ordre de paiement de l'assuré, l'invitant à verser à ladite institution responsable de l'insertion et l'aide sociale individualisée, en remboursement des avances que celle-ci lui accordait depuis le 1^{er} juillet 2016, les arrérages de rente AI qui lui seraient alloués avec effet rétroactif.
12. Dans un avis médical du 30 mars 2017, le docteur E_____ du SMR a relevé que, comme l'indiquait le Dr B_____, c'était le problème psychiatrique qui influençait l'incapacité de travail, et qu'il ressortait des indications fournies par la Dresse C_____ que l'alcoolisme de l'assuré était primaire et l'état dépressif léger concomitant à cet alcoolisme. Les lésions pancréatiques avaient été des kystes bénins, et l'arrêt de travail pour l'atteinte à l'oreille avait été limité dans le temps. En conclusion, il n'y avait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI.

13. Le 3 avril 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré, en lui communiquant un projet de décision, qu'il entendait rejeter sa demande de prestations (refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité), pour le motif qu'il n'avait pas de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée et, donc, que son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité, condition d'octroi de n'importe quelle prestation de l'AI. L'assuré disposait de trente jours pour faire part d'éventuelles objections motivées.
14. L'assuré n'a pas réagi à ce projet de décision.
15. Par décision du 29 mai 2017, l'OAI a refusé à l'assuré le droit tant à des mesures professionnelles qu'à une rente d'invalidité, faute d'atteinte à la santé constituant une invalidité au sens de l'AI.
16. Par courrier recommandé du 1^{er} juin 2017, posté le lendemain, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il contestait n'être pas malade ; il avait des problèmes de dépression, de dénutrition pour lesquels il prenait des compléments alimentaires, ainsi que des problèmes d'alcool pour lesquels il était suivi au centre de premier recours de l'hôpital. Il avait de la peine à se déplacer et à se mouvoir, ne pesait que 54 kg pour 176 cm. Il était d'accord de consulter un des médecins-conseils de l'AI, surtout que son médecin traitant trouvait qu'il n'était pas en état de travailler, même à temps partiel.
17. Le 26 juin 2017, Madame A_____, mère de l'assuré, a fait part à la chambre des assurances sociales de son étonnement de lire que son fils n'était pas malade et pouvait travailler, alors qu'il avait une grave dépression depuis son divorce et la mort de son ex-femme et que, pour tous les médecins, la dépression et l'alcoolisme sont des maladies graves. L'assuré ne pouvait qu'aider à faire de petites tâches, en plusieurs fois ; il n'avait pas de forces, ne pesait que 54 kg, passait des jours sans pouvoir rien manger et pouvait à peine boire de l'eau. Il était suivi par des médecins pour ces problèmes.
18. Par écriture du 4 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, pour les motifs figurant dans la décision attaquée et le dossier, dont ressortait que l'assuré n'avait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI.
19. L'assuré n'a donné aucune suite à la transmission de cette écriture et à l'invitation à venir consulter le dossier de la cause et à faire part d'éventuelles observations et joindre toutes pièces utiles.

EN DROIT

1. a. 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), 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI).

Le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Si une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations devant être effectuée d'office les convainc que certains faits sont établis et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, l'assureur ou le juge peuvent renoncer à administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2016 du 31 mai 2016 consid. 4.2) ; une telle appréciation anticipée des preuves ne viole pas le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, aient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, s'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue le 4 mai 2015, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5^{ème} révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, et la 4^{ème} révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. a. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et/ou s'il a droit à des mesures d'ordre professionnel.

b. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 % à 49 %, de 50 % à 59 %, de 60 % à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies

congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss).

c. Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité.

5. a. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, *op. cit.*, vol. I, n. 156 ss, 160 ss), même si elle comprend un aspect médical important puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, attestée médicalement (consid. 2c).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il ne suffit pas de constater que l'assuré n'exerce pas une activité lucrative suffisante ; il faut se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les

références). Les circonstances qui peuvent faire apparaître la valorisation de la capacité résiduelle de travail sur le marché du travail comme étant inexigible sont notamment la gravité notable, l'intensité, l'étendue et la durée de l'atteinte psychique à la santé, les atteintes physiques chroniques associées d'une durée de plusieurs années en présence de symptômes inchangés ou en progression et sans phases de rémission, des résultats insatisfaisants du traitement malgré des efforts de traitement conséquents et suivis (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1192 s.).

Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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. 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des

effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

6. a. En l'espèce, l'intimé a, en exécution de son devoir d'instruire la demande de prestations présentée par le recourant (art. 43 LPGA), interrogé les médecins traitants de ce dernier et obtenu d'eux ou par leur intermédiaire (s'agissant de rapports des HUG) les renseignements médicaux qui fondaient le SMR à émettre un avis médical doté d'une valeur probante suffisante sur les points déterminants, sans que le recourant ne produise d'autres rapports médicaux qui contrediraient l'analyse et les conclusions du SMR.

b. Ainsi, sur le plan somatique (ou physique), il n'y a pas d'élément au dossier que le recourant a été et était atteint d'une atteinte à la santé qui aurait affecté ou affectait sa capacité de travail. Son médecin généraliste traitant n'a fait état – dans son rapport du 24 juillet 2015 (sans que celui du 8 mars 2016 ne l'amène à moduler, compléter ou corriger cette évaluation) – que d'un état dépressif avec anxiété importante et d'un éthylo-tabagisme actif, ainsi que d'un problème pancréatique, et il a indiqué que le recourant avait une aptitude au travail de 100 % dès le 1^{er} mai 2015 (soit dès le lendemain de la reprise de contact du recourant avec lui). Comme la Dresse C_____ l'a mentionné dans son rapport du 1^{er} novembre 2016, les lésions pancréatiques se sont révélées être des kystes bénins, et elles n'ont pas entraîné d'incapacité de travail ; le cholestéatome du canal auditif externe à droite avec exostoses, pour lequel le recourant a été opéré le 8 août 2016, ne constitue pas non plus une atteinte à la santé incapacitante, ladite opération n'ayant justifié une incapacité de travail que du 8 août au 11 septembre 2016 (selon le compte-rendu opératoire).

c. C'est le cas échéant le problème psychiatrique qui influençait la capacité de travail du recourant.

Or, si la psychiatre traitante a fait état – dans ses rapports des 27 mai 2015, 23 décembre 2015 et 1^{er} novembre 2016 – d'une capacité de travail de 40 % à 50 % (en dernier lieu de 50 %, selon le rapport plus circonstancié du 1^{er} novembre 2016), taux susceptible ensuite d'être augmenté, il appert que c'est en considération d'un alcoolisme primaire – et non consécutif à une maladie – que la capacité de travail du recourant a pu, le cas échéant, être diminuée, en plus que l'incapacité de travail évaluée par ledit médecin tenait à un certain manque de motivation de la part du recourant, renforcé par le sentiment, après n'avoir plus travaillé depuis de nombreuses années, de n'être pas à niveau dans sa maîtrise de l'informatique (par quoi il faut comprendre la bureautique de base). Selon les données anamnestiques fournies par ladite psychiatre, le recourant s'est mis à consommer de l'alcool dès l'âge de 14 ans et a augmenté sa consommation depuis sa séparation (et son divorce), le décès de son ex-femme et la perte de son dernier emploi.

Il ne ressort pas non plus du dossier que l'alcoolisme du recourant aurait été ou serait la cause d'une atteinte à la santé du recourant qui devrait être qualifiée d'invalidante, en particulier d'une comorbidité psychiatrique importante, celle évoquée ici étant un état dépressif.

d. Il ne faut admettre qu'avec réserve le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse – rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement – qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références ; voir également arrêts 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Or, non seulement l'état dépressif noté par la psychiatre était léger, mais encore rien ne permet de retenir, à teneur du dossier, que les signes et symptômes psychiatriques de cet état ne s'amenderaient pas spontanément par l'arrêt de la consommation d'alcool dans les semaines qui suivraient un sevrage (exigible), ou que les thérapies médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art ont été prescrites, suivies de façon optimale et ont échoué.

7. C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu que le recourant ne présentait pas une atteinte à la santé qui constitue, au sens de l'AI, une invalidité susceptible d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité et/ou à des mesures d'ordre professionnel.

Aussi le recours doit-il être rejeté.

8. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Monsieur A_____.
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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le