

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2772/2018

ATAS/1115/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1965, divorcé et père d'un enfant né en 1993, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce et a également accompli des cours de comptabilité avec succès. Jusqu'en 2001, il a travaillé comme employé de commerce dans différentes banques et à l'office des poursuites dans le cadre d'emplois intérimaires. Parallèlement, il était joueur professionnel d'échecs. Depuis 2002, il est pris en charge par l'Hospice général.
2. Du 8 août au 2 septembre 2016, l'intéressé a suivi un stage d'évaluation à l'emploi aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI), à la demande de l'Hospice général. Il en ressort qu'il avait d'excellentes capacités cognitives et était totalement autonome dans le travail. Son travail dans le domaine administratif était de bonne qualité. Toutefois, l'utilisation des outils bureautiques était à améliorer. Il était très précis, ordonné et organisé et aimait les chiffres. Le frein à une réinsertion était toutefois qu'il ne souhaitait plus travailler dans le domaine bancaire et était éloigné du marché libre du travail depuis 2001. Il avait des poursuites pour environ CHF 15'000.- et était âgé de plus de 50 ans. Sur le plan physique, il avait une pleine aptitude. Ainsi, un potentiel d'insertion sur le marché primaire de l'emploi existait, mais devait être facilité par la mise en place d'activités de contre-prestations permettant à l'intéressé de pouvoir justifier d'une expérience professionnelle récente dans le domaine visé (domaine tertiaire).
3. Le 9 avril 2017, l'intéressé a été soumis à un bilan neuropsychologique, pour évaluer ses capacités cognitives et son fonctionnement intellectuel dans le cadre d'une suspicion d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cet examen était globalement dans les normes, hormis de légères difficultés en mémoire épisodique verbale et non verbale, notamment au niveau des capacités de récupération, ainsi que de discrètes difficultés de planification. Le quotient intellectuel total était dans la moyenne forte. L'examen a par ailleurs mis en évidence des scores hautement significatifs à des échelles de dépistage sur les dimensions de dépression et d'anxiété, ainsi que quelques signes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité à un questionnaire d'auto-évaluation. L'intéressé présentait ainsi une atteinte cognitive légère, notamment au niveau mnésique et exécutif. Les difficultés cognitives pouvaient être expliquées par une consommation excessive d'alcool et la symptomatologie anxio-dépressive. Les difficultés exécutives et les plaintes du patient, notamment la présence d'une certaine hyperactivité/impulsivité dans l'enfance et la présence de quelques signes d'inattention à une échelle d'auto-évaluation, pouvaient suggérer un TDAH. Un diagnostic différentiel avec un trouble bipolaire devait être exploré cliniquement. Une prise en charge psychothérapeutique d'orientation cognitivo-comportementale pourrait être bénéfique, si le patient souhaitait s'investir dans un sevrage de sa consommation alcoolique. Dans les plaintes, il a expliqué qu'il avait des phases de haut et de bas en lien avec l'alcool. Dans les phases hautes, il se sentait bien, avait bon appétit et ne buvait pas d'alcool, avait plus d'énergie, faisait plus de sport et

était plus entreprenant. Dans les phases basses, il ne faisait plus rien pendant deux-trois semaines (même prendre une douche lui était difficile), se mettait à boire et se sentait dépassé par ce qu'il devait faire. Il avait toujours eu ce fonctionnement qui lui avait souvent amené des problèmes. Par exemple, il donnait des cours d'échecs, mais n'arrivait pas à honorer ses leçons, ce qui lui avait fait perdre cet emploi. Plus jeune, il se décrivait comme bagarreur et aimant se dépenser. A l'école, il était bon élève jusqu'au divorce de ses parents, puis s'était désinvesti. Actuellement, il s'ennuyait à la maison et allait rejoindre ses amis au bar, ayant besoin d'être en compagnie. Durant le bilan, il était collaborant et adéquat dans le contact, impliqué dans les épreuves, ni ralenti ni fatigable. Il y avait eu toutefois un rendez-vous manqué et un autre annulé chez le neuropsychologue en raison d'une consommation d'alcool excessive.

4. Par demande reçue le 18 avril 2017, l'intéressé a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
5. Dans son rapport du 13 juin 2017, le docteur B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a émis les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline, de TDAH, de trouble de l'anxiété généralisée et de dépendance à l'alcool. Depuis 2002, les troubles de l'anxiété généralisée et l'incapacité à organiser un projet moyennement stable pouvaient être mis en rapport avec sa personnalité borderline et un TDAH sévère. Ce psychiatre suivait l'assuré en thérapie de soutien, sans traitement pharmaco-thérapeutique, à raison de deux fois par mois. Sa capacité de travail était nulle « à plein temps », mais il serait nécessaire d'évaluer ses capacités, ainsi que de déterminer un domaine d'activité. Son tableau clinique l'empêchait d'adhérer à un projet professionnel moyennement structuré.
6. Le 11 janvier 2018, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. L'expert a constaté que l'assuré présentait depuis l'adolescence des traits avec des phases d'euphorie, d'irritabilité, de l'augmentation de l'estime de soi, de réduction du besoin de sommeil, de sentiment d'être plus volubile, de fuite d'idées, de distractibilité et des comportements qui l'engageaient dans des activités agréables et parfois nocives. Ces phases étaient en alternance avec des phases de baisse d'humeur, de ralentissement et de fatigue. Ces éléments correspondaient au diagnostic de cyclothymie. Toutefois, lors de l'entretien avec l'expert, le status était strictement normal. L'expertisé avait aussi des moments d'anxiété importante avec un évitement de lieux fermés, comme des ascenseurs ou des avions, ce qui correspondait au diagnostic d'agoraphobie, laquelle n'était toutefois pas à l'origine d'une limitation de la capacité de travail. A cela s'ajoutaient des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, à partir de ses vingt ans, au début à but festif et plus tard avec une implication pathologique. Il était fort probable que la consommation d'alcool fût devenue pathologique vers l'âge adulte, au moment de l'installation du trouble cyclothymique. Il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour retenir un

TDAH, dont les critères étaient en grande partie explicables par le trouble de la lignée bipolaire, mais probablement aussi liés à l'alcool. L'assuré ne présentait ni un trouble de la personnalité ni un trouble anxieux généralisé. L'instabilité de l'humeur du spectre bipolaire et la dépendance à l'alcool empêchaient actuellement l'assuré d'assumer une activité professionnelle. Il pouvait être pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines sous l'effet de l'alcool. D'autre part, l'instabilité de l'humeur n'était pas non plus compatible avec un contrat à durée indéterminée et stable. L'assuré devrait bénéficier d'un suivi psychiatrique avec une fréquence plus importante. Un sevrage à l'alcool était exigible, ainsi que l'introduction d'un traitement stabilisateur d'humeur. La capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité, mais devait être réévaluée dans les six mois, afin de déterminer une éventuelle augmentation de la capacité de travail à 100 %. Toutefois, il n'y avait pas d'exagération, d'augmentation ou de simulation des symptômes. Au contraire, l'expert a observé une certaine forme de déni par rapport à un alcoolisme bien installé et à une position de l'assuré qui ne voyait pas la dangerosité de cette addiction, mais se protégeait contre la prise de médicaments. Le pronostic était suspendu à l'éventualité de la réorientation de la prise en charge de l'assuré vers un traitement plus spécifique. Une fois le traitement réadapté, une réadaptation professionnelle était raisonnablement exigible.

7. Dans son avis médical du 31 mai 2018, le docteur C_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que l'examen du status psychiatrique ne mettait pas en évidence d'atteintes psychiatriques notables et durables. Il s'agissait d'un status sans éléments pathologiques (bonne collaboration, absence de troubles de l'orientation, de troubles cognitifs, de troubles du cours de la pensée et de la lignée psychotique, ainsi que humeur neutre). Le suivi psychiatrique était constitué d'un entretien mensuel sans prescription de psychotropes, ce qui était compatible avec une atteinte à la santé de peu de sévérité. L'examen neurologique du 9 avril 2017 était globalement dans les normes. Par ailleurs, la dépendance à l'alcool n'était pas associée à une pathologie psychiatrique sévère et ne pouvait ainsi être retenue comme incapacitante. Partant, le médecin du SMR s'est écarté des conclusions de l'expert et a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail.
8. Par courrier du 1^{er} juin 2018, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité.
9. Par courrier du 27 juin 2018, l'assuré s'est opposé à ce projet. Le Dr B_____ avait clairement indiqué qu'il était incapable à long terme de reprendre un emploi et qu'il présentait également une importante phobie sociale.
10. Par décision du 26 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet précité.
11. Par courrier du 16 août 2018 à l'OAI, le Dr B_____ a soutenu le recours de l'assuré contre la décision de refus de prestations.

12. Par acte du 17 août 2018, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a relevé que, selon le bilan neuropsychologique, il présentait des phases de haut et de bas qui le rendaient incapable de poursuivre et encore moins de commencer ou assurer une tâche dans la durée. Depuis l'adolescence, cette caractéristique lui avait fait perdre quantité de postes de travail et de fonctions. Cela avait provoqué un sentiment d'échec et de désespoir permanent. Durant les phases « positives », il se présentait en personne en forme et dynamique. Toutefois, dans les phases « négatives », les rendez-vous ne seraient pas honorés et les tâches non exécutées, ce qui ne manquerait pas de poser des problèmes à un éventuel employeur ou un quelconque interlocuteur.
13. Dans sa réponse du 17 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, en persistant à considérer que le recourant ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de la loi, comme cela ressortait de l'expertise du Dr C_____.
14. Auditionné en date du 8 novembre 2018, le recourant a déclaré qu'il n'était pas disposé à se soumettre à un traitement médicamenteux pour soigner ses troubles psychiques.
15. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente.
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).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. 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 (art. 28 al. 2 LAI).
6. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie» (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible

7. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).
 8.
 - 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'occurrence, le Dr C_____ pose les diagnostics de cyclothymie (F34.0) d'agoraphobie et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. Il n'y a pas de critères suffisants pour retenir TDAH, dès lors que les symptômes relatifs à une telle atteinte sont en partie explicables par le trouble de la lignée bipolaire et probablement aussi par les effets de l'alcool. Il n'y a pas de trouble de personnalité ni de trouble anxieux généralisé. Les activités de l'assuré sont limitées et très variables selon l'état d'humeur. Sa capacité de travail peut ainsi être à 100 % à certains moments, lorsque l'humeur est neutre, ce qui était le cas lors de l'entretien avec l'expert. A d'autres moments, la capacité résiduelle peut être fortement restreinte, lorsque le recourant est en phase de baisse d'humeur ou d'euphorie. L'instabilité de l'humeur n'est pas compatible avec un contrat à durée indéterminée et stable. Toutefois, l'état de santé et la capacité de travail pourraient être améliorés par un suivi psychiatrique avec une fréquence plus importante. Un sevrage à l'alcool et un traitement stabilisateur d'humeur est exigible afin d'améliorer la capacité de travail. Après la mise en œuvre de ces mesures, la capacité de travail pourrait être réévaluée dans les six mois, afin de déterminer une éventuelle augmentation de la capacité de travail à 100 % dans toute activité. Il n'y a toutefois pas d'exagération, d'augmentation ou de stimulation des symptômes, mais plutôt une certaine forme de déni par rapport à un alcoolisme bien installé. Le pronostic est ainsi suspendu à l'éventualité d'une remise en question de

la prise en charge vers un traitement plus spécifique. Le recourant a par ailleurs le projet de reconversion professionnelle en tant que guide de haute montagne. Cette activité est en soi adaptée, s'agissant d'une activité pas trop stressante. Toutefois, elle exigeait des responsabilités vis-à-vis d'autres personnes, si bien qu'il est absolument nécessaire que le recourant se stabilise et soit sevré entièrement de l'alcool avant d'envisager une telle activité.

Quant au psychiatre traitant, il émet les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile et de type borderline, de trouble anxieux généralisé et d'une dépendance à l'alcool. Un TDAH est évoqué, mais l'examen neuropsychologique ne parle pas en faveur de ce diagnostic. Selon le psychiatre traitant, la capacité de travail est nulle.

Le SMR estime que la dépendance à l'alcool n'est pas associée à une pathologie psychiatrique sévère, si bien qu'elle ne présente pas un caractère invalidant. Un suivi psychiatrique constitué d'un entretien mensuel sans prescription de psychotropes est compatible avec une atteinte à la santé de peu de sévérité. Aussi, le SMR s'écarte des conclusions de l'expert quant à la capacité de travail et la considère comme totale.

Le recourant fait valoir qu'il présente des phases de haut et de bas qui le rendent incapable de poursuivre et encore moins de commencer ou assurer une tâche dans la durée, ce qui ressort du bilan neuropsychologique. Ainsi, il n'a jamais pu garder un poste de travail, ce qui a provoqué un sentiment d'échec et de désespoir permanent. Dans les phases dites négatives, il est incapable d'honorer des rendez-vous et d'exécuter des tâches, ce qui ne pourrait être imposé à un employeur.

10. L'expertise du Dr C _____ a été établie en pleine connaissance du dossier, prend en considération les plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et aboutit à des conclusions motivées et cohérentes. Partant, cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante.
11. Quant au caractère invalidant des troubles psychiques, il doit être examiné en fonction des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral pour l'examen du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, comme relevé ci-dessus.

En premier lieu, il convient de constater qu'il n'y a en principe pas de critères d'exclusion, à savoir des limitations résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les plaintes et le comportement observé, de grandes divergences entre les informations fournies par le recourant et celles ressortant de l'anamnèse, si ce n'est qu'éventuellement une demande insuffisante de soins.

S'agissant de l'indicateur de la gravité du trouble psychique, il sied de relever que l'expert pose le diagnostic de trouble cyclothymique et non de trouble bipolaire. Or, selon les explications concernant le trouble cyclothymique figurant dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de la quatrième édition (DSM-IV),

« Les symptômes hypomaniaques sont insuffisants en nombre, en sévérité, en étendue et en durée pour répondre complètement aux critères d'un épisode hypomaniaque, et les symptômes dépressifs sont insuffisants en nombre, en sévérité, en étendue ou en durée pour répondre complètement aux critères d'un Épisode dépressif majeur » (p. 428). Cependant, « La perturbation de l'humeur doit être dans l'ensemble à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » (ibidem). Il résulte de cette description de l'atteinte que si les changements d'humeur peuvent altérer le fonctionnement social, ni les phases dépressives ni les phases hypomanes ne présentent une sévérité particulière, comme c'est le cas pour un trouble bipolaire.

L'indicateur de l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale, n'est manifestement pas rempli. En effet, le recourant a toujours refusé un traitement médicamenteux de ses troubles psychiques, notamment du trouble dépressif lié au trouble cyclothymique. Un tel refus doit être considéré comme un indice sérieux d'une atteinte psychiatrique non invalidante au sens de la jurisprudence. L'expert relève au demeurant "Il n'y a aucune tentative d'améliorer la capacité de travail" (expertise p. 2).

Concernant les ressources du recourant, elles sont importantes, comme cela est ressorti aussi bien du rapport relatif au stage d'évaluation à l'emploi aux EPI que du bilan neuropsychologique. Les EPI constatent en effet que le recourant a d'excellentes capacités cognitives et qu'il est totalement autonome dans son travail, lequel est de bonne qualité. Il a aussi une pleine aptitude sur le plan physique. Quant au bilan neuropsychologique, il est globalement dans les normes, hormis de légères difficultés en mémoire épisodique verbale et non verbale, ainsi que de discrètes difficultés de planification. Le quotient intellectuel total est dans la moyenne forte. Au demeurant, les difficultés cognitives peuvent être expliquées par une consommation excessive d'alcool et la symptomatologie anxio-dépressive.

Il est vrai qu'aussi bien lors du stage aux EPI, du 8 août au 2 septembre 2016 que lors du bilan neurologique, le recourant se trouvait dans une phase où il se sentait bien et s'abstenait apparemment de boire de l'alcool. Il n'en demeure pas moins que le recourant présente de très bonnes capacités aussi bien intellectuelles que physiques. Il est à cet égard à relever qu'il a été à plusieurs reprises champion d'échecs.

Il convient également de constater que, selon l'expert, le recourant ne présente pas de trouble de la personnalité. Quant à son environnement social, il vit actuellement avec son frère et avait, au moment de l'expertise, une relation sentimentale. Par ailleurs, il a de bonnes relations avec sa fille adulte et la revoit occasionnellement.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans estime que les indicateurs jurisprudentiels ne sont pas remplis pour reconnaître un caractère invalidant aux

troubles psychiques du recourant, en particulier en l'absence de l'échec des traitements exigibles.

12. Il convient également d'examiner si l'alcoolisme du recourant présente un caractère invalidant en application de la jurisprudence en la matière.
13. a. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

b. En l'occurrence, il n'est pas clair si la dépendance à l'alcool résulte du trouble cyclothymique dont souffre le recourant. En effet, l'expert explique que le recourant a commencé à consommer de l'alcool d'abord de manière sociale et

festive. Selon le recourant, il a débuté une consommation pathologique à partir de ses vingt ans environ en rapport avec le trouble de l'humeur.

Au demeurant, la gravité du syndrome de dépendance est à relativiser. En effet, lors du bilan neuropsychologique, le recourant déclare que lorsqu'il se sent bien, il ne boit pas d'alcool. Ce n'est que dans les phases basses qu'il se met à boire. Ainsi, contrairement à bon nombre de personnes alcooliques, le recourant est capable de s'abstenir de la consommation d'alcool durant plusieurs jours, voire semaines par ses propres moyens, en dehors de cures de sevrage.

En outre, comme relevé ci-dessus, le diagnostic de trouble cyclothymique ne constitue en principe pas une atteinte psychiatrique grave permettant d'expliquer le recours à l'alcool dans les phases basses. Cette comorbidité psychiatrique ne présente par conséquent pas un degré de gravité et d'acuité suffisant pour expliquer cette dépendance. En tout état de cause, selon l'expert, il est exigible que le recourant se soumette à un sevrage de l'alcool, tout en acceptant un traitement psychotrope pour soigner les troubles de l'humeur.

Partant, la dépendance à l'alcool ne justifie pas non plus une invalidité durable.

14. Cela étant, le recours sera rejeté.
15. Le recourant étant soutenu par l'Hospice général, la chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

**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 de justice.
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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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