

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3605/2007

ATAS/576/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 14 mai 2008

En la cause

Monsieur O _____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître A _____-Marie
FAIVRE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur O _____, de nationalité algérienne, est en Suisse depuis 1980, au bénéfice d'un permis « C ». Il a travaillé en dernier lieu comme cuisinier pour le compte de X _____ SA qui exploite un établissement public à Genève. Il réalisait un gain de 4'500 fr. par mois depuis le 1er janvier 2004, pour une activité de 41 heures par semaine.
2. En raison de divers problèmes de santé, l'intéressé a cessé toute activité lucrative à compter du 21 février 2005. Il a perçu des indemnités journalières pour incapacité de gain depuis cette date.
3. Le 9 novembre 2006, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
4. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 4 décembre 2006, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'éthylo-tabagisme, poly-neuropathie des membres inférieurs et trouble dépressif grave. Les autres diagnostics, à savoir un diabète de type II compliqué, une hypertension artérielle ainsi que la dyslipidémie, la cardiopathie ischémique, la néphropathie de stade III et une amputation des deux phalanges à la main droite sont sans influence sur la capacité de travail. Dans son rapport annexé, le Dr A _____ a relevé que le patient est suivi à son cabinet depuis l'année 2000 et qu'il a subi une cardiopathie ischémique qui s'est soldée par un infarctus en 2005 avec pose d'un stent sur l'IVA. En outre, une néphropathie de stade III commande de surveiller son traitement désormais lourd. Le médecin traitant indique que les troubles métaboliques du patient ne font que s'aggraver avec le temps. Il a essayé à plusieurs reprises de lui faire admettre une aide psychologique en l'adressant à des confrères psychiatres, mais ses démarches sont restées sans succès. Le décès accidentel de son fils dans un accident de la circulation est venu aggraver sa santé mentale et sa femme se sépare de lui. La poly-neuropathie est grave avec troubles de la sensibilité profonde et des douleurs des extrémités. Le patient est fortement dépressif et il ne semble pas disposé ni n'a les moyens et la force de s'en extraire. L'incapacité de travail est de 100% dès le 21 février 2005 pour une durée indéterminée. L'état de santé s'aggrave. Selon le médecin, l'assuré est incapable d'assumer ses tâches de cuisinier tant physiquement que psychologiquement.
5. Le médecin traitant a communiqué divers rapports médicaux, dont un rapport du 23 février 2005 établi par le Centre d'accueil et d'urgences des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Les médecins des HUG relèvent que l'intéressé a été hospitalisé pour une thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde. Il a été diagnostiqué une sténose d'IVA sans infarctus qui a nécessité la pose de stent.

Le Dr B _____, médecin chef à la Clinique genevoise de Montana, a rédigé un rapport en date du 2 mai 2000 à l'attention du médecin traitant, suite à une hospitalisation du patient du 29 mars au 18 avril 2000 pour des difficultés liées à un état d'épuisement. Le médecin mentionnait plusieurs comorbidités, notamment une dépendance à l'alcool, un diabète de type II traité par ADO, une hypercholestérolémie à index athérogène défavorable et un tabagisme actif.

Dans un rapport du 14 septembre 2005 adressé au médecin traitant, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, indique que le bilan artériel peut être considéré comme normal et que la symptomatologie est à mettre en rapport avec une poly-neuropathie mixte (diabète et alcool). Le médecin a préconisé, en plus du traitement actuel, des vitamines B et l'arrêt total du tabac et de l'alcool.

6. L'OCAI a soumis le dossier au SMR Suisse romande. Dans un rapport du 2 juillet 2007, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR, relève que l'intéressé souffre d'une importante dépendance à l'alcool et au tabac ainsi que d'un syndrome métabolique avec diabète, hypercholestérolémie et cardiopathie ischémique ayant nécessité la pose d'un stent pour sténose de l'IVA. Ce patient est modérément compliant, il souffre d'un état dépressif qui semble réactionnel, mais il n'est pas fait mention du traitement, ni du suivi par un psychiatre. Il estime en conséquence que cet état dépressif n'est pas invalidant au sens de l'AI. Le mauvais état de santé actuel de l'assuré est la conséquence de son éthylo-tabagisme décrit comme dévastateur par le médecin traitant. La poly-neuropathie est due au diabète et à l'alcool. Ce sont les problèmes d'alcool et de tabac qui sont responsables de l'incapacité de travail de l'assuré et de l'aggravation de l'état physique et psychique. Pour le SMR, ceci n'est pas du ressort de l'AI et si l'assuré cesse toute consommation de tabac et d'alcool, son état sera grandement amélioré et lui permettra de retravailler. Par ailleurs, la pose d'un stent n'est pas invalidant en soi et n'empêche pas de travailler si ce n'est de faire de gros efforts et là aussi l'éthylo-tabagisme ne peut qu'aggraver la cardiopathie ischémique.
7. Par décision du 21 août 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance invalidité au motif que l'incapacité de gain n'est pas due à une atteinte à la santé et qu'il n'y a pas d'invalidité au sens de la loi.
8. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 24 septembre 2007. Il soutient que l'ensemble de la symptomatologie physique et psychique dont il souffre est manifestement constitutif d'invalidité au sens de la loi, puisqu'il génère durablement par sa nature et sa gravité une incapacité de travail. D'autre part, l'éthylo-tabagisme dont il souffre s'inscrit parallèlement ou conséquemment à la constatation d'atteintes diverses et majeures à la santé. En conséquence, l'entier des problèmes de santé n'est pas consécutif à l'éthylo-tabagisme, même s'ils en sont probablement la cause et pas seulement l'origine. Le

recourant soutient notamment que l'éthylisme constaté est la conséquence de graves problèmes familiaux, à savoir le décès accidentel de son fils et la séparation d'avec son épouse, qui ont engendré un état dépressif constitutif d'une dépendance à l'alcool. Il relève aussi que son médecin traitant a signalé une dégradation psychique et physique. Il fait valoir qu'aucun élément du dossier ne permet de conclure à l'existence d'une volonté délibérée et consciente de sa part de s'adonner à l'alcool, voire au tabagisme, dans une mesure propre à provoquer un état maladif de la gravité constatée. L'éthylisme procède avant tout de circonstances familiales dramatiques ; dans ces conditions, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il est pratiquement impossible de réaliser, en cas d'alcoolisme et de tabagisme chronique, l'état de fait de la faute intentionnelle. D'autre part, le droit international directement applicable, notamment la Convention OIT n° 128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants du 29 juin 1967 et le Code européen de sécurité sociale (CESS) du 16 avril 1964, retient que seule une faute grave intentionnelle permet de réduire ou de supprimer les prestations de l'AI. Le recourant conclut à l'annulation de la décision et, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire aux fins de déterminer l'ampleur des atteintes à la santé dont il souffre, tant sur le plan physique que psychique, leur incidence sur sa capacité de gain, de savoir s'il est raisonnable d'exiger de lui, au regard des circonstances, qu'il cesse toute consommation d'alcool ou de tabac et enfin, quelle pourrait être l'incidence d'une abstinence d'alcool et de tabac sur la capacité de gain.

9. Dans sa réponse du 17 octobre 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il relève que chaque cas particulier de dépendance nécessite l'examen de ses origines et de ses conséquences sur l'état de santé physique et mental de l'intéressé. Concernant la poly-neuropathie, le bilan artériel effectué par le Dr C _____ le 14 septembre 2005 se révèle normal, la poly-neuropathie étant due au diabète et à l'alcool. Ce médecin insiste par ailleurs pour que le recourant cesse la consommation de tabac et d'alcool. Quant à l'état dépressif rapporté par le médecin traitant, il y a lieu de constater qu'il n'est pas fait mention d'un traitement psychiatrique de sorte qu'il ne peut être considéré comme invalidant au sens de l'AI. De surcroît, les médecins s'accordent pour constater une mauvaise compliance et que l'état de santé ne pourrait que s'améliorer par un arrêt de l'éthylo-tabagisme. Dès lors, le SMR a constaté que si effectivement l'éthylo-tabagisme a des conséquences néfastes sur l'état de santé, il n'a jusqu'ici pas entraîné d'atteintes physiques suffisamment graves pour empêcher l'assuré de travailler. En conséquence, le recourant doit être considéré comme entravé dans sa capacité de travail uniquement par sa dépendance qui ne constitue pas une invalidité au sens de la loi.
10. Dans sa réplique du 19 novembre 2007, le recourant rappelle qu'il vit en Suisse depuis près de 25 ans et qu'il souffre d'une multitude de comorbidités. En raison de ses divers problèmes de santé, il a dû cesser toute activité lucrative à compter du 21 février 2005. Il relève que l'assureur maladie-perte de gain l'a reconnu incapable de travailler à 100% à compter du 24 février 2005, après consultation de son médecin

conseil. S'agissant de la poly-neuropathie, le Dr C_____ n'a procédé qu'à un bilan artériel qui devait être mis en rapport avec une poly-neuropathie mixte. L'OCAI ne saurait tirer aucun argument de ce rapport sur le plan neurologique, toute appréciation à ce sujet ne pouvant procéder que d'un neurologue compétent. Concernant l'état dépressif, il relève que celui-ci a été relevé non seulement par le médecin traitant mais également par les médecins de la Clinique genevoise de Montana - où il a été hospitalisé du 10 au 26 novembre 2005, qui font état d'un trouble dépressif récurrent, pour lequel il s'est vu prescrire des antidépresseurs. Il produit copie d'un rapport du 9 décembre 2005 rédigé par les médecins de la Clinique genevoise de Montana qui précisent qu'il a bénéficié d'un soutien médico-infirmier régulier et d'entretiens avec le psychothérapeute de la clinique. Son médecin traitant a souligné dans un courrier récent adressé au médecin conseil de la SWICA l'état de détresse dans laquelle il se trouve, en précisant que la situation n'a jamais évolué de façon favorable au point d'ailleurs que c'est lui qui suggéra la mise en œuvre de l'AI. Il n'est dès lors pas possible de se départir de ces appréciations du seul fait des réticences de l'AI qui a une certaine propension à nier systématiquement toute invalidité. Le recourant considère par ailleurs que si le dossier médical est incomplet, il appartiendra au Tribunal de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de manière à mettre en exergue le taux d'incapacité de travail en fonction des multiples problèmes de santé dont il souffre tant au plan physique que psychique. En ce qui concerne l'alcoolisme et le tabagisme, aucun élément du dossier ne permet de conclure à l'existence d'une volonté délibérée et consciente de s'adonner à l'alcool dans une mesure propre à provoquer ou aggraver un état maladif préexistant. Il n'y a dès lors pas lieu de refuser toute prestation. Le recourant persiste dans les termes de son recours.

11. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans ses écritures du 11 décembre 2007, a conclu au rejet du recours.
12. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le recours interjeté le 24 septembre 2007 contre la décision notifiée au recourant par pli simple en date du 21 août 2007 est recevable, dès lors qu'il respecte la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé au recourant l'octroi de toute prestation de l'assurance-invalidité.
5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de

rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Il convient par ailleurs de rappeler que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Ainsi, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (Arrêt T. du 30 août 2004 (I 10/03), publié in Plädoyer 2005/2, p. 65; 113 V 28 consid. 4a; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ad art. 28

LAI, p. 221). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. En l'espèce, il résulte du dossier médical que le recourant présente de multiples atteintes à la santé. Selon le médecin traitant, l'éthylo-tabagisme, la poly-neuropathie des membres inférieurs et le trouble dépressif grave entraînent une incapacité de travail de 100 % depuis le 21 février 2005. Il présente d'autres comorbidités objectivées par les médecins, à savoir un diabète de type II (complicé d'une néphropathie stade III et d'une poly-neuropathie des membres inférieurs), une HTA, une hyperlipidémie ainsi qu'une cardiopathie ischémique. Le Dr A_____ considère que le recourant est incapable d'assumer ses tâches de cuisinier tant physiquement que psychiquement, que la capacité de travail au poste occupé précédemment ne peut être améliorée et que l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

Le Dr C_____, les médecins des HUG et de la Clinique genevoise de Montana ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant.

Le SMR estime quant à lui que la seule limitation fonctionnelle du recourant est due à la pose du stent et consiste à éviter les gros efforts. Le bilan artériel est en effet normal et la poly-neuropathie est principalement due à l'alcool. S'agissant de l'état dépressif, il semble réactionnel, mais le recourant a refusé de voir un psychiatre et il ne bénéficie pas d'un traitement, de sorte qu'il ne peut être retenu. Pour le reste, l'alcool et le tabac sont responsables de son incapacité de travail et de l'aggravation de l'état psychique et physique, notamment sur le plan cardiovasculaire. Le SMR considère que si l'assuré veut aller mieux et pouvoir travailler, il doit faire l'effort de diminuer sa consommation d'alcool et de tabac; or, en l'état, il ne fait pas les efforts nécessaires et exigibles par la loi. En revanche, si le recourant devait faire une complication grave de son éthylo-tabagisme, tels que cancer du poumon, infarctus étendu, accident vasculo-cérébral important, il y aurait lieu de revenir sur la décision.

Le recourant conteste cette appréciation et soutient que c'est en raison de ses nombreux problèmes de santé qu'il a dû cesser son activité de cuisinier. Il considère que le SMR fait preuve d'arbitraire en argumentant le refus de prestations en fonction de la seule addiction à l'alcool et au tabac. Il fait valoir de surcroît que l'intimé ne saurait refuser des prestations en se fondant sur ce seul motif, dès lors qu'aucune faute grave intentionnelle ne peut lui être reprochée et qu'au demeurant, se pose la question de savoir s'il est raisonnable d'exiger de lui, au regard des circonstances, qu'il cesse toute consommation d'alcool ou de tabac.

Le Tribunal de céans constate que l'état dépressif du recourant a été relevé non seulement par son médecin traitant, mais aussi par les médecins de la Clinique genevoise de Montana. Certes, le recourant a refusé de consulter un psychiatre, mais le médecin traitant a expliqué l'état de détresse dans lequel il se trouve. Alors que le médecin traitant constatait un trouble dépressif grave, lors de la dernière hospitalisation à la Clinique de Montana, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, a été diagnostiqué et le recourant a bénéficié d'un soutien médico-infirmier régulier et d'entretiens avec le psychothérapeute. Sur la base du dossier, on ignore si un traitement d'antidépresseurs a été prescrit et quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique. S'agissant de la poly-neuropathie, contrairement à ce que soutient le SMR, il ne ressort nullement du rapport du Dr C_____ qu'elle est essentiellement due à l'alcoolisme. Elle est bien plutôt d'origine mixte (diabète et alcool). Le médecin traitant a indiqué par ailleurs que cette poly-neuropathie est grave, avec des troubles de la sensibilité profonde et des douleurs des extrémités. Quant à l'éthylotabagisme, rien ne permet en l'état actuel du dossier d'affirmer péremptoirement qu'il n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie.

En effet, si selon la jurisprudence constante concernant les dépendances similaires que sont l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une dépendance de ce type ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi, en revanche, elle joue un rôle dans l'AI lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références).

Au vu des multiples atteintes à la santé que présente le recourant, seule une approche multidisciplinaire est à même de préciser les diagnostics psychiatrique et physiques, de décrire les limitations fonctionnelles et de déterminer exactement quelles sont les répercussions sur la capacité de travail, dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Force est de constater que le dossier n'est pas suffisamment instruit.

La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise multidisciplinaire, dans les meilleurs délais. Les experts appelés à se prononcer devront notamment préciser si l'éthylotabagisme a entraîné une atteinte à la santé physique ou psychique ou s'il résulte lui-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie. Enfin, compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé, ils devront indiquer quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail.

8. Bien fondé, le recours est admis.

9. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'000 fr. (art. 89H al. 3 LPA)
10. Vu l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al.1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 21 août 2007.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OCAI à payer au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
6. 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); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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