

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3886/2010

ATAS/896/2012

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 4 juillet 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur P _____, domicilié à Meyrin,

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en 1960 et d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1980. Il a travaillé comme polisseur de montres et en tant qu'ouvrier du bâtiment.
2. Selon le résumé de séjour du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) relatif à une hospitalisation du 14 au 22 octobre 2007, celle-ci était motivée, en entrée non volontaire, par une hétéro-agressivité sur consommation d'alcool. Les médecins posent les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Dans les éléments anamnestiques, il est notamment mentionné que l'assuré est marié et qu'il a deux enfants. Son épouse travaille dans un EMS et les enfants vivent encore à domicile. Le patient a une relation très froide et distante avec son fils aîné, né en 1984, mais plus facile avec son fils cadet, né en 1994. Depuis de nombreuses années, il est dépendant à l'alcool, ce qui a été remarqué comme un problème par son épouse depuis l'an 2000. Celle-ci et ses enfants se plaignent des états d'alcoolisation, et de l'hétéro-agressivité qui s'ensuit tant physique que verbale. L'assuré est anosognosique de son problème. Il a fait un voyage au Portugal seul à Pâques jusqu'en août 2007. L'épouse est allée le chercher et l'a prié de se faire soigner. Deux semaines avant son hospitalisation, le patient avait retrouvé un travail sur des chantiers, placé par une entreprise temporaire. Dans le passé, il a travaillé dans des activités temporaires qu'il a eu de la peine à maintenir. Il est souvent triste, dort peu, mange peu, présente une perte de contacts sociaux depuis environ un à deux ans et s'enferme sur lui-même. Il banalise complètement ses consommations d'alcool, son voyage au Portugal et avoir laissé sa famille seule à Genève. Finalement, il accepte un suivi en alcoologie et de prendre un traitement d'Antabus qui a débuté à l'hôpital.
3. En mars 2010, l'intéressé dépose une demande de prestations d'assurance-invalidité.
4. Selon le rapport du 31 mars 2010 de la Dresse A_____, spécialiste en médecine interne, il souffre d'un trouble du comportement lié à une dépendance à l'alcool et d'un état dépressif depuis 2004 environ. Depuis l'été 2009, il a accepté un suivi et un traitement médicamenteux. L'ancienne activité exercée est encore exigible à 100 % avec un rendement probablement réduit. Il n'y a pas de restrictions physiques, mais l'assuré a besoin de soutien psychique.
5. Le 9 août 2010, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI) communique à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'est actuellement possible.
6. Selon l'avis médical du 31 août 2010 du Dr B_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), l'assuré présente un alcoolisme primaire, existant depuis de nombreuses années avant le

développement des troubles du comportement et de la dépression. Un sevrage d'alcool est exigible et l'éventuelle incapacité de travail durable n'est pas justifiée. Selon ce médecin, la capacité de travail est de 100 % dans toute activité.

7. Le 10 septembre 2010, l'OAI communique à l'assuré un projet de décision de refus de prestations.
8. Par décision du 14 octobre 2010, il confirme ce projet.
9. Le 3 novembre 2010, la Dresse A _____ atteste que l'état de santé de l'assuré s'est fortement dégradé avec réapparition d'un état dépressif majeur sévère entraînant des idées suicidaires. L'assuré suit un traitement conséquent. Quant à la dépendance à l'alcool, il est probable qu'elle soit secondaire à l'état dépressif.
10. Le 3 novembre 2010, l'assuré recourt contre la décision de l'OAI, en faisant valoir qu'il est incapable de travailler, malgré toute sa bonne volonté. Il a arrêté de boire depuis un an et demi et en est fier. Cependant, il se sent toujours mal, est fatigué, se sent angoissé et voit tout en noir. Il se sent humilié d'être sans ressources et d'être à la charge de sa femme.
11. Dans sa détermination du 13 décembre 2010, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant notamment sur le rapport du 31 mars 2010 du médecin traitant qui a attesté une capacité de travail de 100 %, et en considérant qu'il s'agit d'un trouble du comportement lié à la consommation d'alcool qui n'est pas pris en charge par l'assurance-invalidité.
12. A la demande de la Cour de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, la Dresse A _____ l'informe le 14 février 2011 que son patient a recommencé à avoir des états d'alcoolisation majeurs. Il a eu une récurrence d'un état dépressif majeur sévère depuis octobre 2010. Elle a prescrit un traitement d'Atacand plus, de Tryptizol et de Seresta. Une tentative de prise en charge psychiatrique a échoué malgré l'intervention des services de surveillance psychiatrique. Le pronostic de la Dresse A _____ est mauvais, le patient semblant présenter une atteinte cérébrale liée à l'alcool.
13. Suite à la convocation du recourant à une audience de comparution personnelle pour le 2 mars 2011, son épouse informe la Cour de céans le 28 février 2011 que l'état de santé de son mari s'est détérioré depuis le 12 janvier 2011 et qu'il a « fugué » le 28 janvier 2011 en direction du Portugal pour ne pas se présenter à la Dresse C _____, médecin chef mandaté par le Service de surveillance psychiatrique. Le recourant est actuellement au Portugal.
14. Le 16 mars 2011, la Cour de céans entend l'épouse du recourant à titre de renseignement. Elle déclare ce qui suit :

« J'ai fait le 14 janvier 2011 une demande d'internement à l'hôpital psychiatrique de mon mari. En effet, la vie avec mon mari est impossible à la maison. Peu avant, j'ai dû faire appel à SOS médecins et le faire transporter en ambulance à l'hôpital, car il m'insultait en public, dans la cage d'escaliers et sur la terrasse, afin que tout le monde puisse l'entendre. Lorsque je l'ai tiré à l'intérieur de l'appartement et fermé la porte, il s'apprêtait à la casser. Il s'est mis dans la tête qu'on veut le mettre en prison. A l'hôpital, un taux d'alcoolémie de 1,6 pour mille a été constaté.

Suite à ma demande d'internement, une psychiatre de la consultation psychiatrique de la rue de Lausanne, sauf erreur la Dresse D_____, médecin chef dans cette consultation, a téléphoné à mon mari, afin qu'il se présente à la consultation.

En réaction, il est parti, d'abord chez un cousin, puis au Portugal, après avoir emprunté de l'argent.

Nous avons une petite maison au Portugal. Je me fais néanmoins beaucoup de soucis, car il est incapable de s'organiser. Par ailleurs, pour vivre, il doit emprunter de l'argent que je dois par la suite rembourser.

Mon mari a perdu son travail il y a 16 ans et n'a plus trouvé depuis un emploi stable. J'ai constaté les problèmes d'alcool depuis environ 12 ans. Je ne sais pas où il trouve l'alcool ni ce qu'il boit, car il n'y a jamais d'alcool à la maison. A mon avis, en plus de l'alcoolisme, mon mari souffre d'une autre maladie. Il avait arrêté de boire pendant 2 ans. Pendant cette période, il était néanmoins toujours agressif. Il a dû recommencer à boire pendant l'été passé. La vie à la maison devient alors insupportable, car il crie et tape les portes. »

A cette audience, l'intimé s'oppose à une instruction complémentaire sous forme d'une expertise et suggère d'auditionner la Dresse A_____. Quant à l'épouse du recourant, elle s'engage à aviser la Cour de céans dès le retour de celui-ci.

15. Le 4 août 2011, l'épouse du recourant informe la Cour de céans que son mari est rentré à Genève le 2 août 2011.
16. Par ordonnance du 14 septembre 2011, la Cour de céans met en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et la confie au Dr E_____, après avoir donné aux parties la possibilité de compléter la mission de l'expert et de le récuser.
17. Dans son rapport du 6 février 2012, l'expert émet les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, et d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Il constate que, d'après l'anamnèse, le recourant a eu une enfance heureuse. Il y a une consommation régulière d'alcool depuis 2000, année qui coïncide avec le décès de la mère adoptive du recourant. Cet événement peut être considéré comme un des facteurs déclencheurs de l'alcoolisme, même si le recourant n'en est pas conscient.

Jusqu'en 2006, sa consommation est contrôlée. Elle devient excessive à partir de 2007, probablement en lien avec des conflits de couple et des difficultés professionnelles. Selon l'expert, l'alcoolisme est selon toute vraisemblance primaire et se manifeste par des troubles de comportement avec, comme comorbidité, des épisodes dépressifs. La dépendance à l'alcool n'a par ailleurs pas provoqué des atteintes irréversibles. La capacité de travail est dès lors de 100 %. A cet égard, l'expert estime qu'un sevrage d'alcool est exigible, afin de maintenir une capacité de travail durable. En ce qui concerne les ressources nécessaires pour devenir abstinente, l'expert souligne que la longue période d'inoccupation professionnelle a contribué progressivement à une perte d'intégration sociale, mais que cela reste encore réversible. La situation se complique toutefois par le fait que le recourant n'a pas conscience de sa maladie, tout en disposant de ressources psychiques suffisantes. Le pronostic de l'expert est réservé.

18. Sur la base de cette expertise judiciaire, le SMR persiste dans ses conclusions, dans son avis du 6 mars 2012. L'intimé en fait de même par écriture du 7 mars 2012.
19. Par courrier du 8 mars 2012, l'épouse du recourant constate que la quasi-totalité des faits indiqués par l'expert sont faux. Par ailleurs, son époux a de nouveau pris la fuite au Portugal.
20. Convoquée en tant que témoin, afin d'être entendue à titre de renseignement, l'épouse du recourant fait défaut à l'audience d'enquête du 20 juin 2012.
21. Entendu à la même date, le recourant admet s'être souvent enfui au Portugal. Il affirme y travailler, en donnant des coups de mains dans l'agriculture. Quant à son hospitalisation en 2007, il relève qu'il était dépressif, n'ayant plus de travail. Jusqu'en 2009, il a travaillé dans des agences temporaires. Dès 2009, celles-ci n'ont plus voulu lui donner du travail à cause de son âge.
22. L'expert judiciaire confirme à l'audience d'enquêtes du 20 juin 2012 son expertise.
23. A l'issue de ces audiences, la cause a été gardée à juger.
24. Par courrier du 21 juin 2012, l'épouse du recourant s'excuse de son absence à l'audience d'enquête du 20 juin 2012, en expliquant qu'elle n'avait pas compris qu'elle devait se présenter à la Cour de céans.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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. Est litigieuse en l'occurrence 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).
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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

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

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

7. En l'occurrence, l'expert judiciaire n'a constaté aucune atteinte psychiatrique grave, en dehors des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. En effet, l'épisode dépressif a été qualifié de léger et dès lors sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert n'a pas non plus mis en évidence, sur la base de l'anamnèse, des atteintes psychiatriques préexistantes à l'abus d'alcool. Selon ses conclusions, il s'agit dès lors d'un alcoolisme primaire qui se manifeste par des troubles du comportement et est associé à des épisodes dépressifs, actuellement d'intensité légère. En dehors de l'alcoolisme, le recourant ne présente aucune limitation fonctionnelle due à des atteintes psychiatriques. L'expert exclut aussi des atteintes irréversibles liées à la dépendance d'alcool. Ainsi, selon son appréciation, la capacité de travail est de 100 %.

L'expertise judiciaire repose sur un examen approfondi, prend en compte les plaintes du recourant et est également fondée sur les renseignements fournis par les médecins-traitants, l'épouse et le fils cadet de l'expertisé. Cette expertise a en outre

été rendue en connaissance du dossier médical. Elle remplit ainsi tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

Cela étant, la Cour de céans n'a aucun motif de mettre en cause les conclusions de l'expert, même si l'épouse du recourant estime que la quasi-totalité des faits rapportés dans l'expertise est fausse. Elle ne s'est en effet pas présentée à l'audience d'enquêtes du 20 juin 2012 et n'a pas précisé quels éléments mentionnés par l'expert seraient erronés. Selon toute vraisemblance, elle fait référence à l'affirmation de son mari, selon laquelle il aurait hérité beaucoup d'argent au Portugal et n'aurait pas de problèmes financiers si son épouse n'avait pas frauduleusement mis leur compte bancaire commun au seul nom de cette dernière. Cependant, même si cette affirmation ne devait pas être exacte, cela ne change rien au fait qu'aucune atteinte psychiatrique n'a apparemment provoqué l'alcoolisme, de sorte qu'il s'agit d'une dépendance primaire, à laquelle un caractère invalidant ne peut être reconnu, aux termes de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Cela étant, il convient de constater que le recourant n'est pas affecté d'une atteinte ayant valeur de maladie au sens de la loi et de la jurisprudence. Partant c'est à raison que l'intimé lui a refusé le droit aux prestations.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
9. Dans la mesure où le recourant succombe, un émolument de justice de 200 fr. est mis à sa charge.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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