

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4009/2008

ATAS/607/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 14 mai 2009**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, représenté par \_\_\_\_\_ recourant  
PROTEKTA, Assurance de protection juridique SA

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue \_\_\_\_\_ intimé  
de Lyon 97, GENÈVE

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Le 12 mars 2008, Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955 et ressortissant espagnol exerçant l'activité de concierge, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en expliquant être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 20 février 2008 en raison d'un cancer de la gorge apparu en 1999.
2. Dans un rapport adressé le 17 mars 2008 à LA NATIONALE SUISSE, assureur perte de gain en cas de maladie, la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a diagnostiqué un carcinome épidermoïde de la base de la langue, un état dépressif et un alcoolisme chronique. Elle a précisé que, depuis son cancer, l'assuré présentait un état dépressif avec alcoolisation chronique. Il n'assumait son travail qu'à 50% et le reste était fait par son épouse. Il se plaignait de fatigue et affirmait ne plus pouvoir accomplir les travaux lourds. Le médecin a fait état d'une alcoolisation chronique jusqu'en avril 2007 et d'une rechute massive en décembre 2007, suite à un conflit professionnel. La Dresse A\_\_\_\_\_ a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 20 février 2008, dont elle a précisé que la durée était indéterminée, mais probablement longue. Elle a précisé que l'assuré ne pouvait plus accomplir les travaux lourds et se mettait à trembler en cas d'efforts. Elle a ajouté que l'activité précédemment exercée ne lui paraissait plus exigible d'un point de vue médical.
3. Interrogé par l'OCAI, le dernier employeur de l'assuré a indiqué que ce dernier avait travaillé 40 heures par semaine du 1<sup>er</sup> avril 1996 au 19 février 2008, date à compter de laquelle il avait été en arrêt de travail. Suite aux multiples réclamations émanant des habitants des immeubles dont l'assuré avait la charge, il avait été mis fin au contrat de travail avec effet au 30 avril 2008.
4. Le 17 avril 2008, l'OCAI a établi un rapport d'évaluation des mesures d'intervention précoce dont il ressort que c'est sur le conseil de son médecin traitant que l'assuré a déposé une demande de prestations, que le cancer de la gorge dont il a souffert neuf ans plus tôt a été soigné par rayons, que ce traitement a laissé des séquelles (chute des dents, inflammation de la gorge, diminution de la quantité de salive, difficultés à déglutir), que l'assuré a indiqué vouloir retrouver une activité professionnelle, si possible dans la conciergerie, ou être orienté vers un autre métier. L'assuré a suivi une formation de tapissier décorateur en Espagne, mais, son diplôme obtenu (en 1973), n'a jamais trouvé d'emploi dans ce domaine. Il a été relaté que l'assuré n'arrivait plus à nettoyer les escaliers et rencontrait des difficultés à respirer, qu'il avait réussi à arrêter la consommation d'alcool en avril 2007, mais avait rechuté suite à des problèmes professionnels et à la maladie de sa femme (cancer du sein). Son médecin pensait qu'il pourrait travailler mais dans une activité adaptée. Après analyse du dossier et suite à un entretien avec l'assuré

duquel il était ressorti que ce dernier n'avait pas encore fait le deuil de son ancien poste et que sa problématique était plutôt d'ordre socio-économique, l'OCAI a estimé que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées.

5. Dans un rapport du 20 avril 2008, la Dresse A \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un alcoolisme chronique présent depuis 1990 et un carcinome épidermoïde de la base de la langue à droite présent depuis 1999. Elle a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une panganopathie congestive et des varices oesophagiennes apparues en 2008. Le médecin a expliqué que son patient présentait un état dépressif et confirmé qu'il était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 20 février 2008. Compte tenu du problème d'alcool, le médecin a fait part de ses doutes quant au succès d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles. Il a précisé que, depuis 2000 environ, le patient ne pouvait assumer d'activité s'exerçant en position debout uniquement ou principalement en marchant, impliquant de lever les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, s'agenouiller, soulever ou porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage, ajoutant qu'au surplus, ses capacités de concentration et d'adaptation étaient limitées.
6. Dans un rapport du 13 mai 2008, la Dresse B \_\_\_\_\_, chirurgienne cervico-faciale FMH, a diagnostiqué, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif de la base de la langue droite et un status après radiothérapie exclusive à titre curatif du 6 mai au 21 juin 1999. Le médecin a précisé qu'il n'y avait plus de symptômes ORL et que le patient était considéré comme guéri.
7. Le 4 juin 2008, l'OCAI a informé l'assuré qu'il considérait d'une part que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées en raison de son état de santé, d'autre part, qu'il allait examiner son droit éventuel à une rente et qu'il était pour ce faire nécessaire qu'il se soumette à une expertise médicale qui serait pratiquée par le Dr VEYA, spécialiste en médecine interne FMH.
8. Dans son rapport d'expertise du 11 août 2008, le Dr VEYA a mentionné que selon la Dresse A \_\_\_\_\_, contactée par téléphone le 7 août 2008, l'assuré souffrait depuis longtemps d'un alcoolisme dont il lui était difficile de dire quand il avait débuté exactement, qu'au printemps 2008, après quelques semaines d'alcoolisation massive, l'assuré avait fait part de sa volonté de diminuer sa consommation alcoolique, qu'en mars 2008, une oesogastro-duodéoscopie avait conclu à une gastropathie congestive compatible avec une hypertension portale et des varices oesophagiennes de grade I, qu'il n'y avait pour l'heure aucun projet concret de sevrage, que l'état dépressif signalé comme étant à l'origine de l'incapacité de travail était constitué essentiellement de troubles en lien avec les difficultés sociales et professionnelles de l'assuré et que les troubles de l'humeur de ce dernier paraissaient congruents et liés à sa consommation d'alcool.

Le Dr C \_\_\_\_\_ a rapporté que l'assuré se plaignait d'une fatigabilité augmentée avec intolérance aux efforts lors de la montée d'escaliers, de contractures cervicales avec blocage intermittent, de l'impossibilité de porter des poids de plus de 20 kilos et de marcher au-delà de 600 mètres sans devoir s'arrêter en raison d'un manque de salive qui perturbait également ses nuits puisqu'il se réveillait toutes les 30 minutes pour boire un peu d'eau. L'expert a indiqué n'avoir constaté ni labilité émotionnelle, ni troubles de la concentration et de l'évocation, ni hallucination, ni confusion, ni désordre du cours de la pensée, ni signes de Waddel. En revanche, il a mis en évidence la présence de trois points de fibromyalgie sur 18, des douleurs à la palpation de l'épicondyle droit avec mouvements de retrait et des douleurs annoncées à la jonction lombo-sacrée lors de l'épreuve de distance doigts-sol.

L'expert a diagnostiqué des troubles de l'adaptation. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue), un status après radiothérapie exclusive d'un carcinome épidermoïde de la base de la langue droite, une stéatose hépatique, une gastropathie congestive ainsi que des varices oesophagiennes grade I, une polyneuropathie sensitive, essentiellement distale, modérée et vraisemblablement d'origine toxique. L'expert a également mentionné une décompensation anxieuse - avec un fonds dépressif accompagné de l'appréhension légitime de l'assuré concernant son avenir - et une certaine altération du fonctionnement quotidien, qu'il a qualifiées de troubles de l'adaptation, tout en précisant que le diagnostic précis échappait à son domaine de compétence.

L'expert a précisé qu'au plan physique, les suites du cancer de la base de la langue étaient à l'origine d'une xérostomie sans limitation fonctionnelle sur l'activité exercée. L'alcoolisme chronique avait entraîné une discrète polyneuropathie, essentiellement sensitive et distale, intéressant les membres inférieurs, à l'origine de troubles de la marche et de l'équilibre. Ces troubles, ainsi que le tremor, étant censés régresser, voire disparaître, en cas d'abstinence, l'expert a indiqué qu'il lui était impossible de définir des limitations fonctionnelles durables ayant des répercussions sur l'activité de concierge et qu'il ne lui était guère possible d'imaginer une réintégration professionnelle sans passer par une abstinence, raison pour laquelle des mesures d'orientation professionnelle lui paraissaient dénuées de sens.

Du point de vue somatique, le Dr C \_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'activité exercée précédemment était encore exigible à plein temps, sans diminution de rendement, pour autant que l'assuré se soumette à une abstinence alcoolique. S'agissant des troubles psychiques et mentaux, il a considéré que le trouble de l'adaptation pouvait justifier une incapacité de travail d'environ six mois car l'état de détresse et de perturbation émotionnelle de l'assuré avaient pu entraver son fonctionnement et ses performances tant sociales que professionnelles, mais qu'au-delà de six mois, les troubles de l'adaptation devenaient caduques, de sorte que des investigations

psychiatriques étaient nécessaires pour préciser le diagnostic et les limitations fonctionnelles en découlant éventuellement.

9. Le 10 octobre 2008, l'OCAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a nié le droit de l'assuré à toute prestation. Se basant sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, l'OCAI a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière aussi bien dans l'activité de concierge que dans toute autre. Une copie de cette décision a été communiquée à LA NATIONALE SUISSE.
10. Dans un rapport du 26 octobre 2008 adressé au médecin-conseil de LA NATIONALE SUISSE, la Dresse A\_\_\_\_\_ a demandé à cette dernière de réévaluer la situation de son patient et de différer la décision de suspendre les prestations d'assurance à fin octobre. La Dresse A\_\_\_\_\_ a allégué que depuis le 18 août 2008, le patient était sous Antabus et Seresta et n'avait plus bu une goutte d'alcool ; il prenait tous les jours son Antabus au cabinet et, le week-end, avec sa femme. Le médecin a cependant souligné que cette situation était toutefois encore bien fragile et que l'annonce de l'interruption des prestations de LA NATIONALE SUISSE avait bien failli faire rechuter son patient. La Dresse A\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il lui paraissait indispensable d'accorder plus de temps à ce dernier pour consolider son sevrage et qu'il faudrait six à huit mois au minimum avant d'envisager une reprise de travail.
11. Par écriture du 7 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OCAI auprès du Tribunal de céans. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais. Il allègue que son alcoolisme doit être reconnu comme invalidant puisqu'il s'est répercuté de manière importante sur ses fonctions neurologiques.
12. Le 14 novembre 2008, LA NATIONALE SUISSE a formé une objection à titre préventif contre la décision de l'OCAI, objection qu'elle a retirée par courrier du 18 novembre 2008.
13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 décembre 2008, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que le rapport d'expertise médicale sur lequel il s'est basé pour prendre sa décision doit se voir reconnaître pleine valeur probante alors que le recourant s'appuie sur les conclusions de son médecin traitant avec lequel l'expert a pourtant pris contact.
14. Par courrier du 29 février 2008, le recourant a indiqué qu'il ne souhaitait pas consulter son dossier. Il a par ailleurs informé le Tribunal de céans que LA NATIONALE SUISSE avait repris le versement des indemnités journalières en date du 1<sup>er</sup> novembre 2008.
15. Le 8 janvier 2009, le Tribunal de céans, a communiqué cette écriture à l'intimé et, sur ce, gardé la cause 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont régies par le même principe et sont donc applicables.
3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours interjeté le 7 novembre 2008 contre la décision du 10 octobre 2008 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité et plus particulièrement, sur le caractère invalidant de ses troubles psychiques et de son alcoolisme.
5. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 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.

---

Selon la jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie ne joue un rôle dans l'assurance-invalidité que 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 que si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 268 consid. 3c; VSI 1996 p. 317, 320 et 323). En tant qu'elle n'est ni la cause, ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité (ATF non publié 9C\_219/07 du 3 avril 2008, consid. 3).

6. 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 (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C\_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se

déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

7. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, lorsque, 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).

8. En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 11 août 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles de l'adaptation. Il a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un syndrome de dépendance à l'alcool, un status après radiothérapie exclusive d'un carcinome épidermoïde de la base de la langue droite, une stéatose hépatique, une gastropathie congestive ainsi que des varices oesophagiennes grade I, une polyneuropathie sensitive, essentiellement distale, modérée et vraisemblablement d'origine toxique. Le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que le diagnostic d'alcoolisme chronique ne faisait guère de doute eu égard à l'anamnèse, aux observations des médecins traitants et de l'entourage du patient, à son propre examen clinique - qui lui avait permis de constater chez l'assuré des troubles de la démarche, un tremor ainsi qu'un foetor suggestif - et au fait que les tests hépatiques avaient été perturbés durant les trois dernières années. L'expert a expliqué que l'alcoolisme chronique était à l'origine d'une détresse significative avec perte d'emploi, d'appartement et de réseau social. L'assuré avait été mis en arrêt de travail à 100% dès le 29 février 2008 en raison de troubles anxieux et de l'humeur. L'expert a précisé avoir mentionné le diagnostic de troubles de l'adaptation à titre indicatif car il s'agissait d'un diagnostic échappant à son domaine de compétence. Toutefois, aucun des symptômes présentés n'était selon lui suffisamment grave pour justifier un diagnostic plus spécifique de la décompensation du patient, qui survenait de manière contemporaine à un événement existentiel significatif. Le trouble de l'adaptation lui paraissait pouvoir expliquer une incapacité de travail d'environ six mois en raison de l'état de détresse et de perturbation émotionnelle du patient et du fait qu'ils avaient pu entraver son fonctionnement et ses performances, tant sociales que professionnelles mais pas au-delà, de sorte que investigations psychiatriques étaient nécessaires afin de pouvoir préciser le diagnostic et les limitations fonctionnelles en découlant.

Sur le plan physique, l'expert a indiqué n'avoir constaté ni signes de décompensation de l'hypertension portale ni symptômes sur le plan digestif. En revanche, l'examen neurologique a mis en évidence une ataxie discrète à modérée et des signes suggestifs de polyneuropathie des membres inférieurs. Ces signes n'étaient pas encore ressentis comme handicapants par l'assuré. L'expert a souligné que cette atteinte neurologique, encore modérée, pourrait parfaitement s'améliorer

par une abstinence soutenue, de sorte que si l'assuré décidait de se soumettre à un sevrage, il pourrait retrouver une capacité de travail entière en l'espace de quelques mois. Le Dr C\_\_\_\_\_ a émis l'avis que, quoi qu'il en soit, une incapacité de travail ne pouvait se justifier que si un réel traitement avec sevrage et postcure était entrepris. Selon lui, un cadrage multidisciplinaire incluant un support psychiatrique et social était nécessaire et représentait un réquisit à l'octroi de prestations de perte de gain.

Quant aux suites du cancer de la base de la langue, elles étaient à l'origine d'une xérostomie n'entraînant aucune limitation fonctionnelle dans l'activité de concierge, dont l'expert a considéré que, du point de vue somatique, elle était encore exigible à plein temps et sans diminution de rendement, pour autant que l'assuré soit abstinent.

Il apparaît donc que l'expert a procédé à une anamnèse, pris en considération les plaintes du recourant, effectué un examen de celui-ci, s'est entretenu avec le médecin traitant et a expliqué les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu d'incapacité de travail. Par conséquent, son rapport d'expertise est motivé sur ce point litigieux et remplit, en outre, toutes les conditions requises par la jurisprudence pour qu'on puisse lui reconnaître une entière valeur probante s'agissant des troubles physiques.

Sur le plan psychiatrique, en revanche, l'expert a souligné que le diagnostic retenu n'était mentionné qu'à titre indicatif car il ne relevait pas de son domaine de compétence puisqu'il n'est pas psychiatre. C'est à juste titre que l'expert a émis cette réserve de l'expert, d'autant plus qu'en posant le diagnostic de troubles de l'adaptation, il ne s'est pas référé à une classification reconnue et ne s'est pas non plus déterminé sur son degré de gravité. De plus, ses conclusions sont contradictoires puisqu'il admet que les troubles psychiques ont pu entraîner une incapacité de travail d'environ six mois, avant de reconnaître qu'au-delà, il y aurait lieu de préciser le diagnostic sur le plan psychique et les limitations fonctionnelles qui en découlent. Il en découle un manque de fiabilité quant au diagnostic posé sur le plan psychique car l'expert ne peut à la fois retenir un trouble de l'adaptation et admettre que, si l'incapacité de travail devait durer plus de six mois, il y aurait lieu de revoir son diagnostic.

En outre, bien que l'expert ait diagnostiqué une dépendance à l'alcool, il n'a pas examiné le caractère primaire ou secondaire de cette dépendance, question pourtant essentielle pour juger de son caractère invalidant.

En conséquence, force est de constater que, sur le plan psychique, les conclusions de l'expert ne sont d'aucune utilité pour trancher la question d'une éventuelle invalidité. On retiendra cependant que, contrairement à ce qu'allègue le recourant, les troubles neurologiques constatés par le Dr C\_\_\_\_\_ ne suffisent pas pour admettre l'existence d'atteintes invalidantes séquellaires à sa dépendance à l'alcool

puisque l'expert a précisé qu'ils ne justifient aucune incapacité de travail ou diminution de rendement.

9. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

En ne mettant pas en œuvre une expertise pluridisciplinaire ou un complément d'expertise sur le plan psychiatrique alors que le médecin traitant a mentionné une dépendance à l'alcool et des troubles psychiques, l'intimé a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a failli à son devoir d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGA) l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin, à savoir, notamment, le caractère primaire ou secondaire de la dépendance du recourant à l'alcool et la gravité des troubles psychiques.

En conséquence, le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique externe auprès d'un spécialiste en dépendance avant de rendre une nouvelle décision.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 10 octobre 2008 annulée au sens des considérants. Le recourant, représenté par l'avocat d'une assurance de protection juridique, obtient partiellement gain de cause de sorte qu'une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et ATF 126 V 11 consid. 2). Au surplus, la procédure n'étant plus gratuite depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu, au vu du sort du recours, de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision de l'OCAI du 10 octobre 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique externe auprès d'un spécialiste en dépendance et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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