

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4261/2008

ATAS/917/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 13 juillet 2009

En la cause

Monsieur M_____, domicilié au Grand-Lancy

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,
rue de Lyon, Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Né en 1962, Monsieur M_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), titulaire d'un Certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien de précision, a, par demande déposée à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé) le 18 mars 2005, sollicité des prestations sous forme d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rééducation dans la même profession.
2. Selon le rapport médical établi le 14 mai 2005 par le docteur A_____, FMH médecine interne, médecin-traitant de l'assuré depuis 1981, celui-ci se trouvait en incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} avril précédent, pour une durée indéterminée. Comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, du fait d'un important absentéisme, étaient diagnostiqués une personnalité dépendante depuis 1980, un abus de substances (alcoolisme, tabagisme, benzodiazépines et neuroleptiques) et un trouble anxieux (phobies diverses, troubles obsessionnels-compulsifs) depuis 1977. Sans répercussion sur la capacité de travail étaient en outre diagnostiqués une allergie respiratoire (asthme bronchique sévère) depuis 1980, des troubles neurovégétatifs sur alcoolisme depuis 1986, une obésité depuis 1997, une goutte uratique depuis 1998 et une épicondylite récidivante depuis 1999.

S'agissant de l'évaluation de la réinsertion professionnelle de l'assuré, le docteur A_____ précisait que les activités professionnelles exercées jusqu'alors étaient encore exigibles à raison de quatre à huit heures par jour, avec une diminution de rendement variable en fonction de l'état de santé et des arrêts de travail. La capacité de travail pouvait cependant être améliorée, et il ne fallait pas s'attendre à une diminution de rendement dans une activité sans qualification. Était donc raisonnablement exigible une capacité de travail de 50% dans l'activité de mécanicien et de 50 à 100% dans une autre activité.

3. Mandaté par l'OCAI, le docteur B_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a réalisé une expertise psychiatrique, dont le rapport du 16 octobre 2008 fait notamment état de ce qui suit.

Dès 1996, c'est-à-dire suite à des actes de harcèlement moral subis sur son lieu de travail, l'assuré avait développé un état dépressif dans le sens d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21 dans la CIM-10), ainsi que des angoisses qui s'exprimaient par des tensions et des agoraphobies (F40.0). Ces deux affections avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Dès 1996 également, l'assuré avait présenté un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstiné (F10.20).

À cet égard, il y avait lieu de constater que l'expertisé pouvait contrôler sa dépendance dès lors, notamment, qu'il avait cessé la consommation d'alcool quand

il avait rencontré des difficultés financières. Lors de l'examen psychiatrique, il ne présentait plus de signes d'un état anxieux ou d'un état dépressif ; il était bien concentré sur l'examen. Il n'avait pas présenté de diminution de la concentration ou de l'attention, ni de l'estime de soi ou de la confiance en soi. Il ne présentait pas d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, ni une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Il n'avait pas d'idées auto-agressives ou suicidaires et n'éprouvait pas de perturbation du sommeil, ni de diminution de l'appétit. Dès lors, on pouvait dire qu'il était « asymptomatologique ».

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a exposé que l'assuré ne présentait pas de déficits de la flexibilité cognitive et affective (troubles de la mémoire, intellectuels ou de la concentration). On pouvait dès lors postuler qu'il était capable de faire un apprentissage d'aide-jardinier ou une autre activité subalterne à plein temps. Il ne fallait cependant pas perdre de vue qu'il vivait dans un milieu protégé, qu'il ne bénéficiait pas depuis longtemps de la nouvelle médication et qu'il n'avait cessé la prise d'Antabus que depuis un mois, de sorte qu'il pouvait présenter une décompensation importante dans le cadre d'une activité professionnelle telle que celle qu'il exerçait auparavant ou s'il ne se trouvait pas en position subalterne (sans responsabilités). Une autre position serait envisageable à plein temps dans un délai d'une année, moyennant l'habituatation à un rythme de travail et l'abstinence d'alcool.

4. Selon un avis médical émis par le docteur C _____, FMH médecine interne ,du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), le 22 novembre 2007, l'expertise précitée ne laissait apparaître aucune raison de valider une quelconque incapacité de travail, les arguments cliniques étant absents tant dans l'anamnèse que dans l'examen clinique. Par ailleurs, le rôle de l'alcoolisme sur la capacité de travail, ou en relation avec une pathologie psychiatrique, n'était pas explicitement développé. Il convenait par conséquent de requérir un rapport complémentaire du docteur B _____.
5. Ce praticien n'ayant pas donné suite à cette demande, l'OCAI a sollicité un examen clinique psychiatrique du SMR, dont le rapport a été établi le 3 septembre 2008 par le docteur D _____ d, psychiatre FMH.

Comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, cette praticienne n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique (Z71.1). Comme étant sans de telles répercussions, elle a posé les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) et de troubles mentaux et du comportement liés à une consommation d'alcool, syndrome de dépendance actuellement abstinent, sous surveillance médicale et traitement de substitution (F10.22).

Il ressort notamment de ce document que, sur le plan psychiatrique, l'assuré avait des antécédents familiaux positifs, avec un père qui consommait de l'alcool et une

sœur suivie pour des angoisses ; ses antécédents personnels révélaiement une consommation d'alcool dès l'âge de seize ans, entrecoupée par des hospitalisations pour sevrages ainsi qu'une mise sous Antabus durant trois ans, de 2004 à 2007. L'assuré était sorti d'une hospitalisation pour sevrage alcoolique dix jours plus tôt, n'avait plus bu depuis lors, et il était sous traitement substitutif.

D'un contact agréable, l'assuré était conscient de sa fragilité face à l'alcool. Il reconnaissait la composante dépendante de sa personnalité, que ce soit face à autrui, à l'alcool ou aux médicaments. Il avait pour projet une remise à niveau pour une reprise professionnelle dont il se sentait capable. À l'examen, l'expertisé souffrait effectivement d'une personnalité dépendante, qui s'exprimait sur un mode anxieux qui le poussait à consommer des substances. La personnalité dépendante n'était pas décompensée, et il n'y avait pas de signe de dépression. L'assuré ne souffrait d'aucune comorbidité psychiatrique à caractère invalidant. Il s'agissait, au sens de l'assurance-invalidité (AI) d'une toxicomanie primaire.

Pour le surplus, les diagnostics posés par le docteur A_____ en mai 2005 étaient en accord avec l'examen du jour. La date de début d'incapacité de travail mentionnée par ce praticien était en lien temporel avec l'épuisement du droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-chômage ; la mise en arrêt de travail était corrélée à un épisode dépressif, dont l'examen du jour ne pouvait contester l'existence passée, mais ne pouvait appuyer la composante invalidante ; il était possible qu'un épisode dépressif réactionnel soit alors apparu, mais l'examen actuel n'avait pas permis de mettre en évidence d'antécédent d'épisode dépressif à caractère invalidant.

En conclusion, l'état de santé de l'assuré avait continué à être tributaire de sa dépendance à l'alcool, avec des épisodes de sevrage, de substitution ou de traitement aversif, et aucune atteinte psychiatrique invalidante n'avait été décelée depuis lors. L'assuré était motivé à reprendre un travail et il était capable de suivre des cours, par exemple de remise à niveau comme il le demandait. Sur le plan strictement psychiatrique, sa capacité de travail était donc totale dans l'activité de mécanicien de précision et dans une activité adaptée.

6. Par décision du 28 octobre 2008, l'OCAI a nié le droit du recourant aux prestations sollicitées, motif pris de l'absence d'une atteinte à la santé susceptible d'entraver sa capacité de gain sur une longue durée.
7. Par lettre déposée à l'office postal le 24 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision. Concluant implicitement à son annulation, il faisait valoir qu'il était « sous certificat médical » depuis 2005 et qu'il était suivi par deux médecins, les docteurs E_____ et F_____ respectivement, pour des problèmes de santé physique et psychique.

8. Par lettre du 23 décembre 2008, l'OCAI a déclaré conclure au rejet du recours. À l'appui de ses conclusions, l'intimé, se référant pour le surplus aux motifs de sa décision, a notamment précisé que la prise en charge du recourant par le docteur E_____, qu'il avait apprise à la lecture du rapport du 14 août 2008, venait alors de débiter et qu'il ne disposait pas non plus d'un rapport médical établi par le docteur F_____, dont il avait appris l'intervention à la lecture du recours.
9. À l'audience de comparution personnelle du 2 février 2009, les parties ont confirmé la teneur de leurs écritures.

Le recourant a notamment déclaré que, s'étant battu tout au long de sa vie, il avait mis un terme à son activité professionnelle en 2001. Suite à son licenciement, il s'était trouvé au chômage pendant deux ans ; il avait ensuite bénéficié des mesures cantonales durant un an ; depuis lors, il était aidé par l'Hospice général. Il occupait un trois pièces dans une maison appartenant à ses parents, auxquels il versait un loyer mensuel de 500 fr. plus les charges. Du fait des angoisses et des phobies qui l'assaillaient durant la journée, il était douteux qu'il puisse reprendre une activité professionnelle ; après réflexion, il estimait ne pas être prêt.

Il avait exercé plusieurs activités professionnelles, mais il avait toujours un sentiment d'anxiété et un manque de confiance en soi. En particulier, il avait travaillé aux Services industriels de 1990 à 1996, entreprise qu'il avait quittée en raison du harcèlement moral dont il était victime. En 2008, il avait rechuté trois fois dans l'alcool, problème qu'il affrontait depuis l'âge de vingt-quatre ans, et il avait été hospitalisé. Au moment de sa prise en charge par le docteur E_____, il avait eu des troubles somatiques et il avait perdu douze kilogrammes en huit jours. Cette situation avait provoqué un déclic et, mise à part une petite rechute, il avait totalement renoncé à l'alcool deux mois plus tôt environ, aidé en cela par la prise de Liorésal, très efficace pour lui.

10. À l'audience d'enquêtes du même jour, le docteur E_____, médecin généraliste dûment déliée du secret médical, a notamment précisé qu'elle n'avait jamais été en possession des deux expertises effectuées sur mandat de l'OCAI. Pour le surplus, elle a en substance déclaré qu'elle recevait le recourant, qui avait besoin d'un soutien psychologique rapproché, à sa consultation une à deux fois par semaine, cette démarche ayant commencé en juillet 2008 et progressant parallèlement au suivi psychiatrique depuis septembre 2008.

Sur le plan somatique, le recourant souffrait d'hypertension, d'asthme et de fréquentes sinusites, ainsi que d'une stéatose alcoolique. Sur le plan psychique, il souffrait de dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, ainsi que de dépression. En raison des nombreux sevrages, dont le dernier datait de décembre 2008, ainsi que de son état psychologique fragile et de son inaptitude à supporter toute hiérarchie ou à travailler dans une équipe, sa capacité de travail était nulle.

11. Entendue en qualité de témoin à l'audience du même jour, la Dresse F_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie dûment déliée du secret médical, a notamment déclaré que, depuis le 24 septembre 2008, elle recevait le recourant une fois par semaine en consultation.

Celui-ci avait fait trois séjours en milieu psychiatrique jusqu'en décembre 2008. Il avait un problème de dépendance à l'alcool et des troubles psychiatriques très importants, qui étaient traités au moyen de Seroquel 200 mg/jour, de Seresta 500 mg/ jour, de Rivotril 10 mg/jour, de Saroten Retard 150 mg/jour, de Liorésal 20 mg/jour et des vitamines (Benerva 300 mg/jour et Bécozyme forte 2 dragées/jour). L'importance du traitement antidépresseur s'expliquait par les problèmes d'anxiété, les problèmes thymiques et les difficultés du recourant pour contrôler ses pulsions.

Avec un tel traitement, un travail en qualité de livreur, par exemple, ne pourrait en aucun cas être envisagé. Une activité telle que l'envisageait le recourant, soit l'élagage de haies et la tonte de la pelouse chez ses parents, n'était pas « sérieuse ». Un travail « sérieux » implique notamment une présence régulière, ce que le recourant n'était pas apte à assumer avant une ou deux années.

Était ainsi diagnostiqué un trouble dysthymique de la personnalité, type *borderline* grave, auquel il fallait ajouter la dépendance à l'alcool. Le recourant semblait avoir eu ce problème psychiatrique depuis toujours et, prenant de l'alcool pour traiter ses angoisses, la consommation en avait augmenté régulièrement pour atteindre une décompensation massive.

Suite à un ou deux entretiens avec le recourant, les experts, contrairement au docteur A_____, n'avaient pas pu cerner la personnalité pathologique de celui-ci. Par son optimisme et sa manière d'être, le recourant avait vraisemblablement donné de lui-même une image qui ne correspondait pas à la réalité.

Au terme de l'audience, le témoin s'est engagé à établir un rapport médical qui préciserait notamment les incidences des diagnostics posés sur la capacité de travail du recourant. Un délai lui a été imparti pour ce faire par ordonnance du 3 février 2009.

12. Du rapport établi par le docteur F_____ le 16 mars 2009, il ressort notamment le recourant se décrivait comme étant très angoissé dès l'âge de quinze ans ; il « recevait » alors des tranquillisants et parfois de l'alcool en petite quantité ; il avait en outre des difficultés à s'éloigner de la maison plus de quelques jours. Dès l'âge de seize ans, il avait fréquenté « un groupe de jeunes assez débridées » et s'était adonné à une « alcoolisation massive » et à une « sexualité anarchique ». À l'âge de vingt ans, il avait obtenu le CFC de mécanicien avec difficulté. À l'école de recrue, l'enthousiasme du début avait vite disparu devant la discipline et l'attitude critique des « gradés » ; se sentant mal aimé, mal dans sa peau, de plus en plus angoissé, il fuguait et désertait ; il avait été exempté du service militaire à l'âge de vingt et un ans.

Dès l'âge de vingt-deux ans, le recourant avait commencé une vie active « pas très stable » : six mois puis quatre ans dans l'horlogerie, un an comme vendeur de motos, il avait ensuite tenu la buvette d'une école de planche à voile pendant six mois avant d'exercer une activité temporaire en qualité d'ouvrier du bâtiment, de rejoindre les Services industriels, puis de s'installer en Valais où il avait exercé de « petits boulots » en qualité de moniteur de ski et d'ouvrier dans la métallurgie.

En 1994, le recourant avait été suivi pour une dépression ; en 2000, il avait suivi une cure de sevrage d'alcool à Sierre ; en 2001, de retour à Genève avec de gros problèmes d'alcoolisme, il était resté deux ans au chômage avant d'être suivi par l'Hospice général ; devenu un personne dépendante grave, il avait été suivi par des généralistes et, en 2007, par un psychiatre qui lui avait prescrit des antidépresseurs et des neuroleptiques.

En mars 2009, l'état de santé du recourant pouvait être décrit de la manière suivante : « patient très angoissé, abandon[nique], sentiment de vide et de désespoir. Se sent frustré et révolté. Pulsions agressives qu'il a du mal à maîtriser. Envie de frapper l'assistante sociale ou toute autre personne qui s'oppose à ses désirs. Idées noires : envie de se tirer une balle ou s'enivrer jusqu'à écroulement. Lutte contre lui-même qui l'épuise. La dépense physique permet le contrôle de l'agressivité. Sexualité défaillante suivi[e] de troubles éjaculation dès 2005. Troubles de sommeil avec cauchemars et réveil précoce. Personnalité border-line avec traits phobico-obsessionnels. Instabilité marquée avec impulsivité incapable de maîtriser. Instabilité dans les relations interpersonnelle[s] avec conduite d'évitement. Fuite si il se sent ou pense être non apprécié dans un contexte comme p. ex. le travail, ce qui est arrivé souvent au cours des années. Très angoissé en permanence avec des moments de crise incontrôlable. Difficulté à mesurer les pulsions, ressent de la frustration, de la colère et de la rage comme si la situation semble lui échapper. Envie[s] destructrices dans ces circonstances. Supporte mal la solitude, mais se décrit très timide en société avec tendance à éviter les autres. Dépendance à l'alcool avec utilisation continue. Instabilité affective avec épisode dépressivo-anxieux, des épisodes de satisfactions, des dysthymies avec angoisse et irritabilité, suivi[es] par des épisodes de colère et culpabilité. Sentiment de vide de manière chronique compensé par des rituels de contrôle très contraignants. »

Au chapitre de l'évolution, la Dresse F_____ faisait en outre état de ce qui suit : « Fin 2008 sevrage alcoolique. Difficultés énormes pour [le recourant]. Exagération de son anxiété et ses troubles affectifs. Malgré un traitement important, il reprend facilement des doses supplémentaires, mais il essay[e] de maîtriser l'envie de boire. [Le recourant] est actuellement dans l'incapacité à 100% pour exercer un travail ! Il faut revoir la situation, mais pas avant 2 ans en tout cas. » Suit le traitement prescrit, déjà évoqué, auquel s'ajoutait le Nexium 20 mg/jour.

13. Par lettre du 14 avril 2009, l'OCAI a, au vu de l'avis médical approuvé le 7 avril 2009 par le docteur C _____, déclaré maintenir ses conclusions visant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 28 octobre 2008.

De ce document, il ressort notamment qu'au vu du rapport précité et des procès-verbaux d'audience, les éléments nouveaux consistaient en une rechute alcoolique importante qui avait nécessité plusieurs hospitalisations pour sevrage. Il était vraisemblable que ces rechutes soient dues au refus de la prise en compte par l'assurance-invalidité d'une toxicomanie primaire. À la lecture des deux expertises psychiatriques, il n'y avait aucune atteinte cognitive importante ou début de démence secondaire à l'abus d'alcool qui pût justifier une incapacité de travail durable. En conséquence, la rechute était réactionnelle et non durable.

Il était en outre rappelé qu'un diagnostic de dysthymie constituait un trouble de l'humeur qui s'étendait dans le temps mais n'atteignait même pas le degré de gravité suffisant pour être considéré comme un épisode dépressif de gravité légère, lequel n'entraîne pas d'incapacité de travail. Pour ce qui est du trouble de la personnalité, il n'avait pas empêché le recourant de travailler jusque là.

En conséquence, l'arrêt complet de l'alcool demeurait une mesure exigible et, faute de pathologie invalidante reconnaissable au sens de la loi, force était de confirmer les conclusions du rapport du 23 septembre 2008, pour autant que l'examen des lettres de sortie des divers séjours hospitaliers en clinique psychiatrique, en 2009, n'apporte pas d'élément nouveau.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'applique à la présente procédure.

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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^e révision) et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006

(5^e révision), entrées respectivement en vigueur les 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5147), sont régies par ce principe.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 24 novembre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'AI sous forme d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rééducation dans la même profession.
5. Conformément à l'art. 8 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

L'art. 8 al. 3 let. b aLAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement).

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^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 1^{er} et al. 2, 1^{ère} phrase LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Il n'y a en effet incapacité de gain que si l'atteinte à la santé n'est pas objectivement surmontable (cf. art. 7 al. 2, 2^e phrase LPGA) ; la mesure de ce qui est exigible doit donc être

déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; voir aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

De jurisprudence constante, les troubles dysthymiques ne sont en principe pas constitutifs d'une atteinte invalidante à la santé telle qu'un effort de volonté ne pourrait permettre d'en surmonter les conséquences. Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent pas non plus une comorbidité psychiatrique grave et durable, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.*, p. 81, note 135).

De jurisprudence constante encore, 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).

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 en effet 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 convient 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 351 consid. 3).

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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs (ou de l'administration) aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur (ou à l'administration) par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. En l'espèce, les avis médicaux des psychiatres, les docteurs B_____, G_____ et F_____, diffèrent quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs.

Au vu des principes qui viennent d'être rappelés, force est de constater que seul le rapport établi par le docteur G_____ le 3 septembre 2008 dresse un bilan complet des troubles psychiques éprouvés par le recourant et des conséquences de ces troubles sur sa capacité de travail. La praticienne a procédé à l'examen détaillé du dossier médical, elle a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant et établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. Enfin, la description des résultats cliniques recueillis jusque là est claire et ses conclusions sont motivées à satisfaction de droit. Il convient par conséquent d'accorder pleine valeur probante au rapport précité.

En revanche, les rapports médicaux des docteurs B_____, E_____ et F_____ n'offrent pas toutes les garanties qui viennent d'être évoquées. En particulier, comme le relève le SMR, le rapport d'expertise du docteur AL-B_____ n'est pas suffisamment explicite quant aux interférences entre les troubles dépendants constatés et une possible pathologie psychiatrique. D'autre part, il n'apparaît pas que le docteur E_____, qui ne bénéficie pas d'une spécialisation en psychiatrie, ait procédé à l'étude fouillée, sur la base d'examens

complets, requise par la jurisprudence rappelée plus haut, pour fonder un avis revêtu d'une force probante suffisante. Enfin, l'avis médical du docteur F _____, comme ses déclarations en audience, sont largement basés sur l'anamnèse de son patient et il ne laisse pas apparaître en quoi ont consisté les examens entrepris, de sorte que la motivation n'apparaît pas suffisante. Cette praticienne n'explique par exemple pas en quoi les constatations objectives et subjectives recueillies devraient avoir pour conséquences une incapacité totale de travailler dans quelque domaine et moyennant quelques aménagements que ce soit. Au demeurant, elle se borne à affirmer qu'aucune activité ne saurait être exigée du recourant, et les motifs pour lesquels elle en conclut que l'incapacité de travail est totale dans toute activité n'apparaissent pas. En conséquence, il convient d'accorder une moindre valeur probante à son rapport médical.

Pour le surplus, les constatations et conclusions auxquelles parviennent les docteurs A _____, médecin-traitant du recourant, et C _____ sont substantiellement superposables aux résultats recueillis par le docteur G _____, à tout le moins en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée aux limitations dues à sa personnalité dépendante, de sorte qu'il y a lieu de s'y référer également.

8. Sur le fond, il a ainsi été établi que le recourant s'est adonné à des excès de boisson dès l'âge de seize ans, et que cette situation l'a conduit à entreprendre des démarches de sevrage dès l'âge de vingt-quatre ans. Il n'apparaît pas qu'il souffrait alors d'une atteinte particulière à sa santé physique ou psychique, et force est de constater qu'il a exercé diverses activités professionnelles jusqu'en 2001, soit même postérieurement aux actes de harcèlement moral dont il a été victime et qui, de l'avis du docteur H _____
9. et de son propre avis, ont eu des conséquences déterminantes sur son rapport au monde du travail. Rien n'indique donc qu'il aurait souffert d'une affection psychique significative avant de consommer de l'alcool ou des benzodiazépines de manière excessive, de sorte qu'il convient de retenir qu'il s'agissait bien d'une toxicomanie primaire.

Pour le surplus, il n'a pas été établi que les troubles dysthymiques ou, plus généralement, les troubles dépressifs, ou encore les troubles de la personnalité diagnostiqués constituent, dans le cas du recourant, une affection psychiatrique grave et durable. À cet égard, il y a lieu de relever que, de l'avis de la doctrine médicale, la présence d'un trouble dysthymique exclut la présence d'un trouble dépressif récurrent et réciproquement, de sorte que l'avis du docteur F _____ tend, à cet égard, à confirmer le caractère surmontable des troubles éprouvés par le recourant. Il apparaît donc que l'on ne saurait conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment importante, par sa gravité ou son acuité, pour admettre que celui-ci ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre

son angoisse et s'efforcer de réintégrer un processus de travail ordinaire. Il découle de là que la présomption que les troubles psychiques ou leurs effets peuvent, dans le cas d'espèce, être objectivement surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'a pas été renversée et que, partant, ils ne constituent pas une invalidité au sens des dispositions légales applicables.

En conséquence, il apparaît que c'est à bon droit que l'OCAI a, faute d'avoir objectivement constaté une incapacité de gain durable, nié le droit du recourant aux prestations sollicitées, de sorte que le recours devra être rejeté.

10. Pour le surplus, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant en application de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, qui prévoit que, en dérogation à l'art. 61 let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, le montant des frais étant fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 fr.

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

Statuant

À 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 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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