

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1955, a effectué des études universitaires en mathématiques et en informatique, achevées sans diplôme en 1986. Il a également exercé, entre 1974 et 1998, divers emplois ponctuels ou à temps partiel, notamment dans le domaine informatique et, en dernier lieu, dans l'enseignement professionnel (enseignant à 10 % au Centre d'enseignement professionnel, technique et artisanal ; CEPTA).
2. Le 21 mars 2016, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de troubles du sommeil, de dépression et de toxicodépendance, cette dernière se manifestant, par une addiction au haschich (entre 1971 et 1985), à l'alcool (depuis 1975), à l'héroïne (en 1986), aux benzodiazépines, à la codéïne et, épisodiquement, à la cocaïne. Il avait également connu une période de dépendance à la Ritaline® entre 2011 à février 2016. Actuellement, son addiction était liée aux benzodiazépines et à l'alcool mais il était en phase de désintoxication. De plus, il avait connu trois crises d'épilepsie en février 2016.
3. Dans un rapport du 3 février 2016, les docteurs C_____ et D_____, respectivement médecin interne et chef de clinique au service des urgences des HUG, ont indiqué que l'assuré avait été admis, le 2 février 2016, suite à trois crises d'épilepsie tonico-clonique généralisée inaugurales en l'espace de vingt-quatre heures, survenues dans un contexte de privation de sommeil « sur prise anarchique de Ritaline® » et de sevrage d'alcool progressif (diminution récente à une bière par jour).
4. Le 30 mars 2016, l'assuré a complété un questionnaire de l'OAI en indiquant qu'il était encore au collège au moment où son atteinte à la santé s'était manifestée. Sans cette atteinte, il aurait travaillé à plein temps dans le domaine informatique, artistique ou dans l'enseignement, ce depuis 1986. Il avait touché un héritage en 1984 mais il ne restait rien de celui-ci depuis 2013 ; la fortune correspondante avait été dépensée dans l'intervalle. Il n'avait cependant pas entrepris récemment de démarches concrètes pour trouver un emploi.
5. Dans un rapport du 4 avril 2016 à l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne à la clinique Belmont, a situé le début de la longue maladie « en mai 1994 et définitivement depuis juin 1998 », la cause de l'incapacité de travail de l'assuré étant un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1), évoluant depuis 1997. En revanche, les diagnostics suivants étaient sans effet sur sa capacité de travail :
 - crises d'épilepsie tonico-clonique généralisée inaugurales (G40.9) (février 2016) ;
 - syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2), évoluant depuis 1973 ;
 - syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.2), évoluant depuis 1997 ;

- syndrome de dépendance à des stimulants divers, en rémission récente (F15.200) (méthylphénidate, éphédrine), évoluant depuis 2010 ;
- syndrome de dépendance aux opiacés, en rémission complète (F11.202), évoluant depuis 1973 ;
- syndrome de dépendance à la cocaïne, en rémission complète (F14.2022), évoluant depuis 1973 ;
- syndrome de dépendance au cannabis, en rémission complète (F12.202), évoluant depuis 1971.

L'assuré était hospitalisé à la clinique Belmont depuis le 8 mars 2016. Il y bénéficiait d'un sevrage à l'alcool et aux benzodiazépines, ainsi que d'une psychothérapie individuelle ou groupale. S'il suivait cette dernière et s'abstenait entièrement d'absorber des toxiques, le pronostic était favorable.

Dans la dernière activité exercée en tant qu'informaticien/programmeur et professeur de mathématiques, l'incapacité de travail était entière depuis mai 1994 pour une durée « à déterminer ». Actuellement, le rendement était nul. Interrogé sur les restrictions physiques, mentales ou psychiques rencontrées dans cette activité, le Dr E_____ a répondu qu'elles étaient entièrement d'origine psychiatrique en relation avec ses dépendances et l'état dépressif. Actuellement, il n'était pas possible de se prononcer sur l'exigibilité de la reprise de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée au handicap.

6. Dans un rapport à l'OAI du 25 juin 2016, le Dr F_____, psychiatre et psychothérapie FMH à la clinique Belmont, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était due à une dépendance à l'alcool (F10.2) et à un trouble anxio-dépressif (F41.2). Dans la mesure où l'assuré était actuellement hospitalisé, il était difficile de se prononcer sur sa capacité de travail, respectivement une amélioration de celle-ci. Actuellement, aucun type d'activité n'était exigible. Alors que la capacité de compréhension n'était pas limitée, il n'en allait pas de même des capacités de concentration et d'adaptation.
7. Par avis du 5 juillet 2016, le docteur G_____, médecin SMR, a estimé que s'il était manifeste, à l'heure actuelle, que l'épilepsie ne jouait plus, pour l'instant, de rôle sur la capacité de travail, il n'était pas possible de se positionner sur le caractère incapacitant des autres atteintes, en particulier sur la caractère primaire ou secondaire des toxicomanies. Aussi était-il nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.
8. Le 11 janvier 2017, le service de protection de l'adulte a fait savoir à l'OAI que le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) avait, par ordonnance du 16 décembre 2016, institué une mesure de curatelle de représentation en faveur de l'assuré et désigné deux curateurs provisoires à cet effet.

9. Le 8 février 2017, l'assuré ne s'est pas rendu au rendez-vous que lui avait fixé l'expert psychiatre désigné, le professeur H_____.
10. Les 27 février et 6 mars 2017, l'assuré été reçu par le Prof. H_____ en vue de deux entretiens avec cet expert et de Madame I_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, recueilli ses plaintes et s'être entretenu par téléphone avec les docteurs E_____ et J_____, médecin généraliste traitant, ainsi que l'épouse de l'assuré, Madame B_____, l'expert a rendu ses conclusions le 23 mars 2017. Il en ressort que la situation actuelle de l'assuré restait très fragile. Sa consommation d'alcool était de deux bières – d'une teneur en alcool de 11 % – par jour depuis la fin de son hospitalisation. Selon les propos rapportés par les experts, l'assuré décrivait une amélioration de son état général et une moindre appétence pour la prise d'alcool, sans abstinence pour autant.

Le status clinique était celui d'un homme paraissant plus âgé, avec une légère imprégnation alcoolique, calme et collaborant, poli et disponible à l'entretien, qui livrait une anamnèse détaillée malgré une certaine difficulté avec la chronologie des événements. Son comportement était sans particularité, orienté dans les quatre modes, sans trouble de la vigilance ni difficultés attentionnelles ou de concentration pendant l'entretien. D'un point de vue formel, le discours était de bonne qualité, sans apparition de troubles du cours ou du contenu de la pensée ni d'éléments de la lignée psychotique tels qu'idées délirantes ou troubles de la perception. Il n'y avait pas non plus de phénomènes de déréalisation-dépersonnalisation. L'assuré reconnaissait le caractère primaire de ses dépendances et déclarait d'ailleurs que ses perturbations affectives avaient été plutôt rares, à l'exception d'un vécu dépressif lors d'un suivi « au Petit Beaulieu » à la fin des années 90 (NDLR : le Petit Beaulieu est une unité de soins hospitaliers et ambulatoires de Médecine communautaire des HUG accueillant des patients souffrant d'alcoolisme). Le récit de sa vie actuelle ne laissait pas apparaître un souhait de changement. Il était investi dans ses productions artistiques et se sentait très loin de toute reprise d'activité professionnelle. Il se montrait conscient des répercussions de son alcoolisme sur ses relations mais ces affirmations étaient « plaquées », le lien soutenu avec sa fille et sa femme lui donnant un sentiment de sécurité « sur ce plan ». La thymie était neutre. On ne notait pas la présence d'une anhédonie mais une légère baisse de l'élan vital, sans aboulie ni athymhormie. Le sentiment de dévalorisation était absent et les investissements objectaux très limités, le lien avec les substances occupant une grande partie de son espace psychique. On relevait également une difficulté nette à se projeter dans l'avenir, une absence de sentiment de culpabilité mais un sentiment d'inaptitude croissant en toile de fond, associé à un repli progressif sur soi, sans idées noires ni idéation suicidaire. Il existait une légère anxiété situationnelle bien gérée.

Sur le plan de la personnalité, on notait un Moi en repli, détaché des rapports objectaux, avec une fragilité narcissique qui devenait palpable lorsque l'on abordait

les échecs vécus au cours de sa vie. L'assuré procédait par exclusion, laissant peu de place à une remise en question, l'anesthésie affective procurée par les substances étant vécue comme une protection bienvenue. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité.

L'expert a retenu uniquement trois diagnostics, ayant tous trois une répercussion sur la capacité de travail :

- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.2) depuis 1973 ;
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des sédatifs, actuellement abstinent (F13.2) dès 1977 ;
- troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de stimulants, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F15.2) dès 2010.

Ces multi-addictions représentaient la pathologie primaire de l'assuré, sans comorbidité actuelle du registre affectif et sans trouble de la personnalité. Il s'agissait d'un cas rare addictologique avec une très faible référence à des décompensations psychiatriques pendant son parcours de vie. La thérapie suivie jusqu'à présent était tout à fait adéquate. Le succès relatif de cette dernière dépendait de la persévérance de l'assuré. Celui-ci avait un long passé d'échecs sur le plan des tentatives de sevrage, et ceci depuis le début des années 90. Actuellement, la survenue de troubles physiques (pancréatite) semblait l'avoir sensibilisé au point que son suivi à la clinique Belmont était pour le moment « bien investi » et représentait un grand atout pour son avenir. Aucune réadaptation n'était à envisager compte tenu de la problématique alcoolique primaire. En cas de sevrage réussi au long cours, l'assuré avait les ressources intellectuelles nécessaires pour rechercher un emploi.

Invité à effectuer une analyse des éventuelles divergences apparues notamment entre les symptômes décrits, les observations faites d'une part, le comportement et les activités quotidiennes de l'assuré d'autre part (examen dit de la « cohérence »), l'expert a noté qu'au stade prémorbide, l'assuré avait un bon niveau intellectuel mais qu'il avait présenté une série d'addictions couvrant les principales substances psychoactives. Au fil du temps, les deux plus tenaces avaient été celles liées à l'alcool et aux benzodiazépines. Une dépendance à la Ritaline avait été également présente jusqu'à récemment. Actuellement, seule l'addiction à l'alcool était active mais les autres formes de dépendance se retrouvaient en toile de fond. L'assuré avait connu de multiples errances thérapeutiques jusqu'à ce qu'une hospitalisation devienne impérieuse en 2016. Depuis lors, une adhésion thérapeutique commençait progressivement à se faire jour, notamment depuis la manifestation de sa fragilité physique (crises épileptiques, pancréatite). L'assuré connaissait actuellement une « embellie » à la faveur du programme structuré addictologique de la clinique Belmont, mais cette amélioration était trop récente et instable pour être considérée comme acquise, compte tenu d'un passé lourd en termes d'échecs dans la prise de

soins. L'assuré pouvait cependant compter sur deux facteurs favorables au pronostic : la présence d'un tissu social soutenant et l'absence d'un trouble franc de la personnalité. Son avenir n'était pas de facto du ressort de l'assurance-invalidité, en ce sens qu'une réadaptation n'était pas demandée et qu'elle n'aurait, en toute hypothèse, aucun sens pour cet assuré qui était capable d'organiser sa vie ainsi que des recherches d'emploi à bas niveau de qualification. Le problème essentiel était celui du sevrage et de son aptitude à investir une vie sans le Moi auxiliaire offert par la prise de substances.

La capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans l'activité d'informaticien programmeur. En revanche, dans une activité à bas niveau d'exigence, elle était entière sous réserve d'un sevrage à l'alcool soutenu pendant au moins douze mois.

11. Par avis du 8 mai 2017, le docteur K_____, médecin SMR, a considéré qu'il convenait de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du 23 mars 2017 dans la mesure où elles renfermaient une contradiction. En effet, la nature de l'alcoolisme primaire était non incapacitante. Dans le cas présent, seul l'épisode de pancréatite aiguë aurait pu être retenu s'il avait été synonyme d'une incapacité de travail durable. Ainsi, le Dr K_____ a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 23 mars 2017 qu'il jugeait convaincant, que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité.
12. Par projet de décision du 8 mai 2017, l'OAI a rejeté le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Ces dernières n'étaient pas indiquées, n'étant pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'intéressé qui était tout à fait apte à exercer les activités correspondant à son niveau de formation. Compte tenu de l'exercice de différentes activités par le passé – notamment en tant qu'analyste programmeur, informaticien et enseignant professionnel – d'une part, des divers éléments du dossier, relatifs à l'atteinte à la santé, la situation financière et familiale d'autre part, il apparaissait vraisemblable que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait exercé une activité lucrative à plein temps pour subvenir à ses besoins. Par conséquent, le statut d'assuré retenu était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 100 %.

Selon l'appréciation du 8 mai 2017 du SMR, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. Pour le reste, la nature de l'atteinte à la santé n'était pas pertinente, faute de pouvoir être considérée comme une maladie invalidante.

13. Le 12 juin 2017, l'assuré, représenté par son curateur, a contesté ledit projet de décision et transmis à l'OAI un certificat du Dr F_____, du 12 juin 2017, à teneur duquel l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent (F33), un trouble spécifique de personnalité (F60.6 ; personnalité anxieuse [évitante] et F60.7 ; personnalité dépendante) ainsi qu'une dépendance à l'alcool (F10.2). Les troubles psychiatriques (personnalité et dépression) étaient primaires chez l'assuré et expliquaient en grande partie la constitution de sa dépendance à l'alcool. Son état de santé ne permettait pas la reprise d'un travail.

14. Le 29 juin 2017, l'assuré a complété ses observations en y joignant :

- un rapport du 23 juin 2017 du Dr F_____, confirmant les diagnostics déjà mentionnés par ce médecin le 12 juin 2017 et précisant que les premiers épisodes du trouble dépressif récurrent se retrouvaient chez l'assuré surtout après le décès de sa mère en 1981 puis, de manière beaucoup plus marquée, après le décès de son père en 1986. La consommation d'alcool était alors clairement un moyen de réduire la dépression. Le trouble de personnalité était marqué, dès l'adolescence, par une réactivité émotionnelle importante (anxiété majeure) d'une part et un mode relationnel d'autre part. Supportant mal l'isolement, la consommation d'alcool lui permettait alors de diminuer le malaise relationnel important et l'angoisse qu'il ressentait dans les situations sociales. L'abus d'alcool, qui était la conséquence de ses troubles primaires, avait débouché sur une dépendance à présent bien installée et qui rendait nécessaire une abstinence complète. Actuellement, l'assuré était certes complètement abstinent mais les soins restaient nécessaires pour le trouble dépressif et le trouble de personnalité, et pour prévenir d'éventuelles rechutes. Il ne pouvait pas reprendre de travail, son état de santé actuel ne le lui permettant pas ;
- un rapport du 19 juin « 2016 » (probablement : 2017) du Dr J_____, commentant certains passages du rapport d'expertise du 23 mars 2017 du Prof. H_____, dans lesquels l'expert indiquait que « le problème essentiel de l'assuré [était] celui du sevrage et de son aptitude à investir une vie sans le Moi auxiliaire offert par la prise de substances », et que « l'anesthésie affective procurée par les substances était vécue comme une protection bienvenue ». Selon le Dr J_____, de telles assertions impliquaient que l'assuré souffrait d'une fragilité massive qu'il avait besoin d'être « protégé » par les différentes substances utilisées, substances jouant le rôle de Moi auxiliaire pour lui permettre une vie sans angoisses massives. L'expert mentionnait certes qu'il n'avait pas d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité mais il ne donnait aucun détail ni argument lui permettant d'étayer sa prise de position. Selon le Dr J_____, la fragilité implicite de la personnalité de l'assuré n'avait pas été abordée correctement par le rapport d'expertise et celle-ci pouvait bien correspondre à un trouble de la personnalité non diagnostiqué et non investigué par l'expert. Enfin, selon les informations qui avaient été transmises au Dr J_____ par la famille de l'assuré, ce dernier aurait été victime d'abus sexuels au moment de sa préadolescence. Ces éléments nouveaux, qui n'avaient pas été portés à la connaissance de l'expert, pouvaient avoir joué un rôle dans la fragilité psychologique importante dont souffrait l'assuré. Dans ce contexte, le Dr J_____ estimait qu'il était indispensable que la situation fût réexaminée par un complément d'expertise.

15. Le 11 septembre 2017, le SMR a laissé le soin au gestionnaire du dossier d'adresser au Prof. H_____ un courrier demandant à celui-ci de dire si les pièces médicales versées récemment au dossier remettaient en question son appréciation du cas.
16. Par complément d'expertise du 26 septembre 2017, le Prof. H_____ s'est déterminé au sujet des rapports des 12 et 23 juin 2017 du Dr F_____ et de celui du 19 juin 2017 du Dr J_____ en explicitant le raisonnement qui sous-tendait l'absence de trouble de la personnalité chez l'assuré. Sur un plan formel, il y avait lieu de relever qu'un diagnostic de trouble de la personnalité n'avait jamais été posé chez l'assuré qui était âgé de 62 ans. Ceci n'avait été le cas ni pendant ses suivis ambulatoires en addictologie entre 1997 et 1999, ni lors des hospitalisations à la clinique Belmont en 2016 et 2017. Il était dès lors peu probable qu'un trouble de la personnalité – soit une entité marquant une perturbation diachronique grave des interactions sociales chez un individu – se manifestât à un âge proche de la retraite. Les observations faites par le Dr J_____, médecin généraliste traitant, et par le Dr F_____, psychiatre addictologue, étaient dès lors si tardives que l'on pouvait raisonnablement imaginer que leur objectif, certes compréhensible, était de protéger les intérêts de l'assuré, homme intelligent et de bon niveau intellectuel. Il était certes exact que le développement d'une dépendance aux substances ne se faisait pas sur un terrain vierge sur un plan psychopathologique. Utiliser des substances, comme le faisait l'assuré, afin de faire face aux frustrations de la vie, reflétait la présence d'un Moi en souffrance et, dans le cas particulier, une fragilité narcissique patente. Dans ce sens, l'interprétation du Dr J_____ était sensée et totalement en accord avec le rapport d'expertise. Ceci ne signifiait pas pour autant qu'un trouble de la personnalité au sens diagnostique fût présent à chaque fois qu'une dépendance grave aux substances psychoactives était observée. Contrairement à une idée souvent évoquée, le trouble de la personnalité anxieuse ou dépendante n'était pas associé de manière prédominante au risque de développer une multi-addiction. En revanche, chez des sujets antisociaux ou borderline, un tel risque de multi-addiction était deux à trois fois plus présent.

La notion de trouble de la personnalité renvoyait en premier lieu à un dysfonctionnement social qui devait être présent tôt dans la vie indépendamment de la prise de substances. Cependant, l'assuré avait présenté un parcours scolaire sans faille (et même de bonne qualité), avait pu tenir un emploi de manière quasi-régulière de 1976 à 1992 (jusqu'à l'âge de 37 ans). On ne notait aucune difficulté relationnelle patente. L'assuré avait eu plusieurs relations affectives et une vie sexuelle satisfaisante (plutôt à l'aise dans ce domaine contrairement aux « personnalités du Cluster C »), n'était pas gêné dans les relations amicales avec un sentiment d'infériorité (un trait typique des personnalités évitantes et dépendantes), au point qu'il avait même fait une exposition de ses œuvres par internet et entretenait des contacts réguliers y relatifs. On ne retrouvait, in fine, aucun élément de malaise social qui aurait précédé l'utilisation de l'alcool. Au contraire, l'assuré présentait un caractère suffisamment affirmé pour refuser sa confirmation et son

incorporation à l'armée (actes inhabituels pour une personne qui aurait eu un trouble de la personnalité évitante ou dépendante). Si l'on devait se référer à des traits de personnalité, ceux-ci étaient, dans le cas précis, du registre narcissique avec une capacité de séduction conservée et un investissement de soi élevé.

Il était à noter que l'assuré avait consommé de manière conséquente des substances dès son très jeune âge, bien avant le décès de ses parents (cannabis à raison de dix joints par jour de 15 à 22 ans, alcool à partir de 15 ans, cocaïne de 22 à 27 ans), de sorte que sa dépendance aux toxiques n'était pas uniquement réactionnelle à des événements vécus. Il n'y avait en revanche pas de doute quant à l'effet délétère de la mort tragique de son père sur la péjoration de ses addictions. À cette époque, l'assuré était âgé de 31 ans et on ne retrouvait pas de trace d'une décompensation dépressive ayant nécessité des soins. Ceci n'excluait évidemment pas la présence d'affects dépressifs mais démontrait simplement qu'ils n'avaient pas pris l'ampleur d'une dépression majeure.

In fine, l'analyse de la trajectoire de vie de l'assuré ne montrait aucun signe évocateur d'un trouble de la personnalité préexistant qui aurait conditionné l'utilisation de l'alcool. Sur le plan des affects dépressifs, cette même analyse ne démontrait aucunement un lien causal entre une décompensation dépressive et la survenue de la dépendance aux toxiques, cette dernière étant déjà présente sous une forme atténuée avant le décès des parents évoqué par les thérapeutes. S'agissant des abus subis durant l'enfance – qui contrairement à ce qui était mentionné dans le rapport du 19 juin 2016 du Dr J_____, avaient été signalé en p. 7 du rapport d'expertise du 23 mars 2017 –, ils ne devaient pas être minimisés mais ne suffisaient pas pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité – notamment du cluster C comme évoqué par le psychiatre traitant.

17. Par envoi spontané, non daté, reçu le 11 décembre 2017 par l'OAI, l'épouse de l'assuré a relaté des souvenirs dont son mari lui avait fait part par bribes ou qu'elle lui avait arrachés en juin et décembre 2017. Ceux-ci concernaient des actes d'ordre sexuel subis par l'assuré quand il avait 14 ans, référence étant faite à une ou plusieurs fellations pratiquées par un commerçant alors âgé de 35-36 ans (à qui l'assuré avait vendu des colliers-médailles en cuir confectionnés par ses soins), événement dont l'évocation était aujourd'hui douloureuse pour l'assuré, et qui avait été suivi de (premières) relations hétérosexuelles avec des prostituées que ce commerçant avait présentées à l'assuré en contrepartie d'une non dénonciation des actes pédophiles subis. Même si l'assuré pensait que cette histoire n'avait rien à voir avec sa polytoxicomanie ultérieure, ni avec ses difficultés à gagner sa vie, son épouse n'en émettait pas moins l'hypothèse selon laquelle le fait de gagner de l'argent revenait, pour l'assuré, à tout le moins inconsciemment, à se prostituer, d'où une vie professionnelle qui avait été marquée par l'exercice d'activités uniquement accessoires, à l'exception d'une année ou deux de travail à plein temps après la naissance de leur fille en 1991. Faisant également part de ses souvenirs à la suite de sa belle-sœur, le frère de l'assuré a indiqué qu'il lui semblait qu'à l'époque

où celui-ci fréquentait ledit commerçant, il s'était mis à consommer régulièrement du haschich, à négliger son hygiène corporelle et vestimentaire et à entrer en conflit avec l'autorité de leur père. Cette évolution avait également été marquée par des résultats scolaires en baisse, passés de brillants à passables.

18. Le 6 janvier 2018, le SMR a considéré que les arguments avancés par l'expert psychiatre dans son rapport complémentaire du 26 septembre 2017 confirmaient de manière convaincante la toxicomanie primaire de l'assuré et l'absence de trouble de la personnalité. Les conclusions de l'expert étaient claires, motivées et cohérentes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.
19. Par décision du 7 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis toujours. De plus, des mesures professionnelles n'étaient pas de nature à améliorer sa capacité de gain. En effet, l'assuré était apte à exercer toute activité correspondant à son niveau de formation. Quant à la nature de son atteinte à la santé, elle n'était pas pertinente faute d'avoir la valeur d'une maladie invalidante.
20. Par ordonnance du 27 février 2018, le TPAE a relevé les deux curateurs provisoires de leurs fonctions et désigné l'épouse de l'assuré aux fonctions de curatrice en lieu et place.
21. Le 9 mars 2018, l'assuré, représenté par son épouse et curatrice, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de l'OAI du 7 février 2018, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une « expertise bidisciplinaire et psychiatrique » et, principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, le tout sous suite de frais et dépens.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir que même s'il était abstinent depuis le 20 janvier 2017, à l'exception de quelques rechutes qui n'avaient chacun duré que quelques jours, il était incapable d'exécuter sans encadrement des tâches de niveau très simple. Comme l'avaient relevé déjà les Drs E_____, J_____ et F_____, il souffrait de troubles d'ordre psychiatrique, à savoir d'un trouble de la personnalité et d'un trouble dépressif et non d'une toxicomanie primaire comme l'affirmait l'expert. Le rapport et le complément d'expertise rendus par ce dernier comportaient des erreurs factuelles et des lacunes qui en affectaient la valeur probante. L'expert, se fondant vraisemblablement sur les déclarations du recourant, était parti d'une représentation fautive de la réalité en majorant l'activité professionnelle du recourant – qui n'avait été que ponctuelle, hormis pendant une année à la naissance de sa fille –, en faisant état de relations sociales, qu'en réalité son épouse se chargeait d'entretenir pour lui, en mentionnant à tort une vie sexuelle satisfaisante, en minimisant la consommation d'alcool du recourant à l'époque où il s'adonnait à la boisson, et enfin, en ne prenant pas la peine de procéder à des investigations complémentaires alors que le Dr J_____, joint par téléphone par l'expert psychiatre (cf. rapport d'expertise du 23 mars 2017, p. 6), mentionnait des

troubles du comportement : « hyperactivité (ex : excès de sport), agitation psychomotrice, discours par moment décousu [...] trouble de la personnalité de longue date qui n'a jamais été investigué ». Pour ces motifs, une nouvelle expertise devait être ordonnée, laquelle permettrait de démontrer que le recourant souffrait d'un trouble psychique primaire, ayant débouché sur une addiction à diverses substances (principalement à l'alcool) durant la majeure partie de sa vie et ayant valeur d'atteinte à la santé invalidante.

En vue de corroborer ces allégations, le recourant a produit un certificat établi le 5 mars 2018 par le Dr F_____, indiquant qu'il présentait un trouble dépressif récurrent (F33), un trouble spécifique de personnalité (F60.6 et F60.7) et une dépendance à l'alcool (F10.2). Les troubles psychiatriques (personnalité et dépression) étaient primaires et expliquaient en grande partie la constitution et la dépendance à l'alcool. Les premiers épisodes dépressifs récurrents s'étaient manifestés surtout après le décès de la mère de l'assuré en 1981, puis de manière beaucoup plus marquée après le décès de son père en 1986. Quant au trouble de la personnalité, il était marqué, dès l'adolescence, par une réactivité émotionnelle importante (anxiété majeure) et un mode relationnel dépendant. La consommation d'alcool était alors clairement un moyen de réduire la dépression, ainsi que le malaise relationnel important et l'angoisse qu'il ressentait dans les situations sociales. Dans le cadre de la psychothérapie engagée avec Monsieur L_____, psychologue à la clinique Belmont, un élément nouveau avait été mis en évidence : un abus sexuel durant l'adolescence. Selon le Dr F_____, cet abus pouvait être un facteur aggravant important du trouble de la personnalité évitante (F60.6) et du trouble de la personnalité dépendante (F60.7). Enfin, l'addiction à l'alcool depuis les années 80 avait certainement masqué les symptômes de ces troubles et du trouble dépressif, ces derniers étant une des causes principales du développement du trouble addictif. En conclusion, l'assuré présentait un trouble psychiatrique grave, associant un trouble de la personnalité spécifique ancien répondant aux critères de personnalité dépendante et évitante, un trouble dépressif récurrent, et une dépendance à l'alcool secondaire nécessitant le maintien d'une abstinence complète, actuellement obtenue au moyen d'une psychothérapie et d'un traitement médicamenteux associant un traitement antidépresseur et anxiolytique ainsi qu'une aide pour maintenir l'abstinence (Antabus®). L'état du recourant s'était amélioré mais ne permettait pas la reprise d'un travail sans un risque important de rechute dépressive et de l'addiction.

Le recourant a également produit une attestation délivrée le 12 juin 2017 par le Dr J_____, aux termes de laquelle le recourant avait présenté, depuis son adolescence, des épisodes récurrents de dépression qui avaient occasionné une « dépendance grave à l'héroïne lorsqu'il était adolescent puis jeune adulte, puis à l'alcool ». Il avait bénéficié d'un suivi prolongé en alcoologie aux HUG puis auprès du Dr J_____ durant de nombreuses années. Selon ce médecin, la pathologie de base dont souffrait le recourant, qui était à l'origine de sa toxicomanie et de son

incapacité de travailler régulièrement, n'avait pas été suffisamment investiguée et nécessitait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique détaillée.

Enfin, le recourant a fait valoir que la décision attaquée devait également être annulée parce qu'elle ne répondait pas aux exigences minimales de motivation. En effet, l'intimé indiquait rejeter la demande sous le titre : « Notre projet de décision est le suivant », terminologie à l'évidence erronée et trompeuse. En second lieu, l'intimé ne se référait nulle part ni au rapport du 23 mars 2017 de l'expert psychiatre – ni d'ailleurs au complément d'expertise du 26 septembre 2017 – ni aux certificats médicaux ou encore aux « témoignages » fournis par le recourant. De plus, il était nécessaire de relever qu'entre le projet de décision du 8 mai 2017, aucune « audition » de l'assuré n'avait eu lieu puisque celui-ci s'était exprimé au moyen d'observations écrites. Enfin, en tant qu'il était indiqué, dans la décision attaquée, que l'intimé ne revenait pas sur sa « décision », cela laissait entendre que la décision était déjà prise avant même que le recourant exerce son droit d'être entendu.

22. Dans un rapport du 23 mars 2018, le Dr G_____ a estimé que le rapport du 5 mars 2018 du Dr F_____ ne fournissait aucun élément médical à l'appui de son évaluation, en particulier aucune description de l'état psychique du recourant. Ainsi, on ne disposait d'aucun élément médical objectif, en particulier pas de status clinique détaillé permettant de retenir une atteinte psychique suffisamment sévère pour justifier, indépendamment de la dépendance à l'alcool, une incapacité de travail. D'autant que le Dr F_____ retenait que l'état psychique s'était amélioré et que seul le risque de rechute dépressive justifiait une incapacité de travail totale. Par conséquent, il convenait de s'en tenir aux conclusions du rapport SMR du 8 mai 2017 et considérer que l'alcoolisme primaire était seul responsable de l'incapacité de travail du recourant.
23. Le 28 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant au rapport du 23 mars 2018 du SMR.
24. Par réplique du 25 avril 2018, le recourant a répété qu'il était inexact de prétendre qu'il avait pu tenir un emploi de 1976 à 1992. En réalité, les activités exercées entre 1976 et 1990 n'avaient été qu'accessoire et ne l'avaient pas occupé à plus de 25 %. En parallèle, il était resté immatriculé à l'Université de 1976 à 1988 mais n'avait obtenu aucun titre universitaire. Après son exclusion de l'Université, il avait tenté de travailler à mi-temps, ce qui avait permis la naissance de la fille du couple en 1991. Le recourant avait alors fourni un effort encore plus grand pour travailler à plein temps mais cela avait rapidement abouti à un échec. Enfin, le fait que le trouble de la personnalité n'ait été diagnostiqué que très tard n'était pas un indice de son inexistence. Le déni de la maladie et le refus de consulter un spécialiste jusqu'à récemment, quand sa vie avait été mise en danger, pouvaient expliquer le fait qu'une maladie psychiatrique n'ait pas été diagnostiquée plus tôt. Au bénéfice de ces explications, le recourant a persisté dans ses conclusions.

25. Par duplique du 8 mai 2018, l'intimé a soutenu que le recourant n'avait apporté aucun élément objectivement vérifiable – de nature clinique ou diagnostique – qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée.
26. Entendu le 3 septembre 2018 par la chambre de céans, le recourant a indiqué qu'il ne consommait aucune drogue et était totalement abstinent à l'alcool depuis près d'une année. Il était sous Antabus® et prenait également des médicaments pour dormir, en l'occurrence un neuroleptique prescrit par son psychiatre. Il n'avait pas recherché de travail depuis qu'il était abstinent, rappelant qu'il aurait bientôt 63 ans et qu'il lui serait difficile de retrouver du travail à son âge. Il continuait à être suivi par la clinique Belmont sur le plan psychique, la thérapie consistant, au rythme d'une fois par semaine, en une séance travail de groupe et une consultation auprès de son psychologue, M. L_____. Invité à indiquer l'origine et les circonstances dans lesquelles il avait commencé à absorber des substances illicites, le recourant a répondu qu'il avait 14 ans lorsque cela s'était produit, ajoutant qu'à cette époque, tout le monde prenait du cannabis. C'était dans ce contexte qu'il avait commencé à en consommer car c'était dans l'air du temps. Par la suite, cela avait débouché sur d'autres substances, certaines plus addictives que d'autres.

Il avait tendance, à l'époque où il avait 14 ans, à être un peu timide et donc à éprouver quelques difficultés en société vis-à-vis des adultes, peut-être un peu plus que la moyenne des adolescents de son âge. Le fait de n'avoir jamais complètement terminé ses études universitaires s'expliquait par une indifférence au résultat, mais aussi par la difficulté de passer les derniers examens qui n'étaient pas des plus faciles. Par la suite, il avait d'ailleurs bien regretté de ne pas avoir terminé ses études.

Il n'avait jamais travaillé très longtemps au même endroit ou pendant une durée prolongée, sauf peu après la naissance de sa fille, soit aux alentours de 1993-1994. À cette époque, il travaillait dans l'entreprise J_____, qui était active dans le domaine des logiciels de comptabilité. S'il avait eu l'attitude qui était la sienne par rapport au monde du travail, c'était par choix, en tout cas au départ ; il ne voulait pas entrer dans le schéma qu'on lui proposait. Mais en pensant en particulier aux années 90, c'était son état de santé qui expliquait son activité quelque peu chaotique. Ses problèmes de santé tournaient autour de sa consommation d'alcool. Cette dernière avait joué un rôle notable. À cette époque, c'était principalement à l'alcool qu'il était dépendant. Interrogé sur la raison pour laquelle il avait attendu 2016 pour former une demande de prestations d'assurance-invalidité, le recourant a répondu qu'en réalité, l'initiative émanait de sa femme. Pour sa part, il ne ressentait pas le besoin de disposer de revenus supplémentaires et avait toujours considéré que l'assurance-invalidité avait quelque chose de dévalorisant, a priori du moins, même si cette assurance répondait à un besoin dans la société.

Entendue à son tour, l'épouse du recourant a tenu à préciser que si un curateur avait été désigné à son mari, c'était parce qu'il ne voyait pas la réalité en face. S'agissant

de ses addictions et de son abstinence actuelle, elle tenait à rectifier : elle n'était pas très heureuse que les autorités aient autorisé la vente de cannabidiol (CBD) car son mari en consommait régulièrement, soit trois à quatre fois par semaine selon les précisions données par ce dernier. Elle contestait l'appréciation de l'expert par rapport à la qualité des relations sociales soi-disant conservées de son mari. En réalité, si le couple avait une vie sociale, c'était parce qu'elle prenait l'initiative d'inviter du monde à la maison ou de rendre visite à des membres de la famille, avec l'accord de son mari. Ce dernier avait de la peine à rester longtemps avec les invités, et souvent, après le repas, il se retirait pour aller dans son coin. L'épouse du recourant reprochait également à l'expert de ne pas avoir poussé plus loin les investigations. Il y avait quelques années en effet, le Dr J_____ avait suspecté des troubles de l'attention et adressé le recourant aux HUG. Il était prévu de procéder à toute série d'exams. Ceux-ci n'avaient pas pu être pratiqués car l'intéressé avait refusé de s'y soumettre. Il négligeait en effet régulièrement ce qui concernait sa santé, comme par exemple une douleur à la hanche qui persistait depuis plusieurs mois. S'agissant des conclusions prises dans le recours du 9 mars 2018, il convenait de les rectifier en ce sens que ce n'était pas une expertise bi-disciplinaire mais seulement une expertise psychiatrique qui était requise.

Après avoir entendu les explications données par le recourant et son épouse, la représentante de l'OAI a estimé qu'un certain nombre de points y relatifs avaient été traités dans le rapport d'expertise et son complément. D'une façon générale, l'intimé persistait dans sa position, considérant qu'une expertise judiciaire ne se justifiait pas.

27. Par pli du 4 septembre 2018, l'épouse du recourant a joint une photo d'enfance de son mari (alors âgé de 9 ans) en précisant qu'il convenait de l'inclure à la pièce 9 de son chargé, soit son « témoignage » d'épouse.
28. Le 5 septembre 2018, la chambre de céans a transmis une copie de ce pli à l'intimé et informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, 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 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige concerne le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

a. Au préalable, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, motif pris que la décision attaquée comporterait un sous-titre trompeur (« Notre projet de décision est le suivant : ») et ne répondrait pas aux exigences minimales de motivation, notamment parce qu'elle ne se réfère ni au rapport du 23 mars 2017 de l'expert psychiatre – ni d'ailleurs au complément d'expertise du 26 septembre 2017 – ni aux certificats médicaux ou encore aux « témoignages » fournis par le recourant. De plus, aucune audition n'aurait eu lieu entre le projet de décision du 8 mai 2017 et la décision du 7 février 2018. Enfin, en tant que la décision attaquée indique que l'intimé ne revient pas sur sa « décision », cela laisserait entendre que la décision était déjà prise avant même que le recourant exerce son droit d'être entendu.

b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment).

Selon l'art. 42 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA, les parties ont le droit d'être entendues.

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

Dans l'assurance-invalidité, le droit d'être entendu est consacré notamment par la procédure de préavis qui donne à l'assuré l'occasion de s'exprimer avant la décision de l'office AI (cf. art. 57a LAI).

Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer (par écrit ; cf. cependant l'art. 73^{ter} al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RS 831.201) avant qu'une décision ne soit prise à son détriment (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral C 128/04 du 20 septembre 2005 consid. 1.2), le droit de produire ou de faire administrer des preuves, sous réserve qu'elles soient pertinentes (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa), ainsi que le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle

n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b). (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b). Dans le même sens, l'art. 74 al. 2 RAI précise que la motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants.

Bien que la notification irrégulière d'une décision ne doive entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA), on ne saurait déduire de ce principe que le défaut de notification aurait pour conséquence la nullité de la décision en cause. Le défaut de notification n'est susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire ; en effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2). En d'autres termes, il convient d'examiner selon les circonstances du cas concret si l'intéressé a été effectivement induit en erreur et désavantagé de la sorte. Pour répondre à cette question, il convient de se référer au principe de la bonne foi qui sert à arbitrer entre le besoin de protection juridique de l'assuré, d'une part, et la sécurité juridique d'autre part (ATF 111 V 149 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3 et 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, p. 652 n. 61 ad art. 49 LPGA; Valérie DEFAGO GAUDIN, in Dupont/Moser-Szeless (éd.), Commentaire romand de la LPGA, p. 598).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3 et la référence).

c. En l'espèce, la décision querellée est effectivement entachée d'une erreur de plume en tant qu'elle comporte la mention « projet de décision ». Cette erreur n'est toutefois pas pertinente dans la mesure où il ressort de l'argumentation même du recourant (qui évoque une « terminologie à l'évidence erronée » ; recours p. 14) et du dépôt de son recours en temps utile auprès de la chambre de céans qu'il a compris qu'il s'agissait d'une décision finale lui déniait le droit à des prestations d'assurance-invalidité. Le recourant a également saisi que cette décision se fondait sur le rapport d'expertise psychiatrique du Prof. H_____ et de Mme I_____ et sur le complément d'expertise du 26 septembre 2017. En atteste notamment la précision suivante dans ses écritures : « expertise [...] sur laquelle l'office AI fonde sa décision, bien qu'il ne le mentionne pas expressément » (cf. recours, p. 16).

Compte tenu de ces éléments, même si l'on admettait l'existence d'une notification irrégulière de la décision litigieuse, force serait de constater qu'il n'en a résulté aucun préjudice pour le recourant. Et même dans le cas contraire – qui n'est pas établi –, il y a lieu d'observer qu'un éventuel préjudice découlant d'une telle

notification irrégulière a été réparé ultérieurement : quand bien même la décision litigieuse serait (trop) sommairement motivée, il n'en demeurerait pas moins qu'en tenant compte notamment de la réponse et de la duplique de l'intimé, ainsi que de l'audience de comparution personnelle des parties du 3 septembre 2018, le recourant a reçu suffisamment d'informations et de possibilités de s'exprimer en cours de procédure, permettant ainsi de remédier à la motivation lacunaire invoquée. Aussi le grief tiré de la violation du droit d'être entendu doit-il être rejeté. Par conséquent, il y a lieu de se pencher sur le fond du litige.

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 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).
6. 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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Étant donné que l'atteinte à la santé psychique « invalidante » constitue une notion juridique et non pas une notion médicale ressortissant à la psychiatrie (cf. Margit MOSER-SZELESS, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 14 ad art. 8 LPGA et la référence), on ne considère 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 ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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. À 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 – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 2015 consid. 6.1.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. D'après une jurisprudence constante, bien qu'il s'agisse en soi d'une maladie, la dépendance – qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme (ATF 101 V 79), de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie (cf. ATF 118 V 108) – ne constitue pas en soi une atteinte à la santé invalidante (ATF 124 V 265 consid. 3c). En revanche, la dépendance 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 124 V 265 consid. 3c ; RCC 1992 p. 182 consid. 2b). 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 celle-ci. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

c. L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé par le médecin – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. 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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3).

b. 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.

b/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

9. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la

situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. a. Suite à la demande de prestations formée en mars 2016 par le recourant, l'intimé a retenu, à l'appui de la décision litigieuse – qui était fondée sur les avis du SMR des 8 mai 2017 et 6 janvier 2018, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du 23 mars 2017, respectivement son complément du 26 septembre 2017 – que la nature de l'atteinte à la santé du recourant n'était pas invalidante et qu'ainsi, il ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité. Étant donné qu'il était également (réputé) apte à exercer les activités correspondant à son niveau de formation, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, celles-ci n'étant pas de nature à améliorer sa capacité de gain.
- b. Fondée sur l'ensemble du dossier mais aussi des renseignements obtenus auprès de tierces personnes (médecins et épouse), retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé avec des indications précises sur l'origine, l'évolution, le contexte et l'impact de la consommation de diverses substances. Elle souligne que les multi-addictions à ces dernières – qui demeurent latentes bien qu'inactives pour la plupart au moment de l'expertise – représentent une pathologie primaire sans comorbidité actuelle du registre affectif ni trouble de la personnalité. À cet égard, le complément d'expertise précise qu'un diagnostic de trouble de la personnalité n'a jamais été posé par le passé, ni pendant les suivis ambulatoires en addictologie entre 1997 et 1999, ni lors des hospitalisations à la clinique Belmont en 2016 et 2017 et qu'il est dès lors peu probable qu'un trouble de la personnalité se manifeste proche de l'âge de la retraite. L'expert explique également de manière claire que même si les abus sexuels subis ne doivent pas être minimisés, ceux-ci ne suffisent pas pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité chez le recourant, pas plus que l'analyse de sa trajectoire de vie, cette dernière ne montrant aucun signe évocateur d'un trouble de la personnalité préexistant qui aurait conditionné l'utilisation de l'alcool et d'autres drogues dès l'adolescence. Enfin, l'expert expose de manière convaincante que même si le tableau clinique avait été marqué par des affects dépressifs réactionnels à certains événements (sans atteindre l'ampleur d'une dépression majeure), l'analyse de la trajectoire de vie du recourant ne démontrait aucunement un lien de causalité entre décompensation dépressive et survenance de la dépendance aux toxiques. En effet, même si cette dernière s'était

péjorée avec le décès tragique du père quand le recourant avait 31 ans, elle n'en était pas moins déjà présente sous une forme atténuée avant le décès des parents de l'intéressé, de sorte que l'on était bien en présence d'une dépendance primaire.

c. Le recourant soutient, par la voix de son épouse, que l'expertise du 23 mars 2017 et son complément du 26 septembre 2017 seraient dépourvus de valeur probante car ils comprendraient trop « d'erreurs factuelles » et de « lacunes » sur son parcours professionnel, ses relations sociales et les abus qu'il a subis. Il pointe également l'absence d'investigation complémentaire non seulement sur ces épisodes d'abus « qui pourraient avoir induit des troubles psychiatriques », mais aussi au sujet du trouble de l'attention suspecté par le Dr J_____.

Ces critiques ne sauraient être suivies. En effet, comme il est mentionné dans le mémoire de recours (cf. p. 16, dernier §), l'anamnèse se fonde « vraisemblablement sur les déclarations du recourant ». Or, on ne voit pas en quoi cette méthodologie – au demeurant habituelle et conforme aux réquisits jurisprudentiels (cf. ci-dessus : consid. 8) – serait critiquable, ce d'autant que les experts se sont également fondés sur l'examen du dossier – qui comporte des indications sur le parcours universitaire et professionnel de l'intéressé – ainsi que les renseignements obtenus par téléphone auprès de tierces personnes, dont l'épouse du recourant. Quoi qu'il en soit, le fait que cette dernière soit d'avis que l'activité professionnelle à temps partiel de son mari – qui ressort déjà des pièces du dossier qu'elle ne conteste pas – ait été plutôt ponctuelle que continue ne permet, même si cette appréciation était par hypothèse fondée, ni de conclure à une anamnèse qui serait entachée d'une inexactitude qualifiée (« qualifiziert fehlerhafte Anamnese ») ni, par voie de conséquence, à un manque de diligence de la part des experts (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 114/06 du 13 avril 2007 consid. 3.2.4) qui mettrait en doute leurs conclusions, d'autant qu'il n'a pas échappé à ces derniers que le recourant tirait sa subsistance de l'héritage de ses parents entre 1994 et 2014, puis des revenus de son épouse (cf. rapport d'expertise, p. 4) et que selon les informations rapportées par le Dr J_____, « il a toujours exercé des activités à de petits pourcentages et souvent de courte durée » (cf. rapport d'expertise, p. 9, § 2). La même remarque vaut pour les relations sociales du recourant dont l'épouse ne conteste pas l'existence en tant que telle, son désaccord avec les experts portant uniquement sur l'initiative qui les rendrait possibles, les démarches entreprises à cette fin étant, aux dires de l'épouse, les siennes et non celles du recourant. Il ressort au demeurant du compte rendu de l'entretien téléphonique des experts avec l'épouse du recourant que ceux-ci ont bien noté que du point de vue de leur interlocutrice, le recourant était « très isolé et que ses contacts sociaux se [résumaient] à des connaissances de bistro » (cf. rapport d'expertise, p. 7).

S'agissant des abus sexuels subis par le recourant, ils sont mentionnés non seulement dans le rapport d'expertise (p. 7) mais aussi dans son complément. Or, si les experts y estiment, en pleine connaissance du dossier, que ceux-ci ne doivent pas être minimisés mais qu'ils ne suffisent pas pour poser un diagnostic de trouble

de la personnalité, on ne voit pas en quoi leur choix de ne pas mettre en œuvre des investigations complémentaires à ce sujet serait de nature à mettre en doute leurs conclusions quant à l'absence de trouble de la personnalité. Cette conclusion s'applique *mutatis mutandis* au trouble de l'attention simplement suspecté par le Dr J_____ dans le cadre de son entretien téléphonique avec les experts (cf. rapport d'expertise p. 6).

d. Dans ses rapports des 23 juin 2017 et 5 mars 2018, le Dr F_____ indique que le recourant présenterait des troubles psychiatriques primaires, soit un trouble dépressif récurrent (F33) et un trouble spécifique de personnalité (F60.6 ; personnalité anxieuse [évitante] et F60.7 ; personnalité dépendante), troubles qui expliqueraient en grande partie l'émergence de la dépendance à l'alcool. On relèvera cependant que dans son rapport du 25 juin 2016, ce même médecin n'évoquait pas de tels troubles psychiatriques primaires mais une incapacité de travail due à une dépendance à l'alcool (F10.2) et à un trouble anxio-dépressif (F41.2). Pour sa part, le Dr E_____ est d'avis que seul un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1), évoluant depuis 1997, serait la cause de l'incapacité de travail du recourant. Quant au Dr J_____, il mentionne sans plus de précisions dans son rapport du 12 juin 2017, que le recourant souffre d'une « pathologie psychiatrique de base [...] à l'origine de sa toxicomanie et de son incapacité de travailler régulièrement [qui] n'a à ce jour pas été suffisamment investiguée ».

Force est de constater en premier lieu que ces médecins ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et de son complément, de sorte que leur divergence d'opinion ne saurait entraîner à elle seule la nécessité d'une nouvelle expertise. En second lieu, il est expliqué de manière convaincante dans le complément d'expertise du 26 septembre 2017 que même si le développement d'une dépendance aux substances ne se fait pas sur un « terrain vierge sur un plan psychopathologique », cela ne signifie pas pour autant qu'un trouble de la personnalité au sens diagnostique soit présent à chaque fois qu'une dépendance grave aux substances psychoactive est observée, d'autant que contrairement à une idée souvent évoquée, le trouble de la personnalité anxieuse et dépendante – diagnostic réfuté par les experts au vu du parcours de recourant depuis l'âge scolaire et de la faible probabilité que ce trouble se manifeste à un âge proche de la retraite – n'est pas associé de manière prédominante au risque de développer une multi-addiction (cf. complément d'expertise, p. 2). Enfin, les rapports de ces médecins permettent d'autant moins de conclure à une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité qu'ils n'apportent que peu d'informations utiles, que ce soit sur le degré de gravité intrinsèque des troubles psychiatriques dont ils attestent ou suspectent l'existence, ou sur l'importance que ceux-ci auraient joué dans le développement et la fixation de l'addiction (cf. ci-dessus : consid. 7b et 7c).

Force est donc de constater que les rapports médicaux sur lesquels se fonde le recourant ainsi que les simples allégations de ce dernier, respectivement de son épouse ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 23 mars 2017 et de son complément du 26 septembre 2017.

12. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existe pas d'atteinte psychique suffisamment sévère pour justifier, indépendamment de la dépendance à l'alcool, une incapacité de travail. Cette dépendance ne constituant pas juridiquement une atteinte à la santé psychique invalidante (cf. ci-dessus : consid. 7a et 7b), il importe peu que d'un point de vue médical, les experts considèrent que la capacité de travail soit nulle dans l'activité d'informaticien programmeur et entière dans une activité à bas niveau d'exigence (sous réserve d'un sevrage à l'alcool soutenu pendant au moins douze mois). Par conséquent, le recourant est (réputé) apte, depuis toujours, à exercer les activités correspondant à son niveau de formation (informaticien programmeur, enseignant). En d'autres termes, son degré d'invalidité, qui est nul, ne lui permet pas de prétendre à l'octroi d'une rente, sous réserve des précisions apportées ci-après (consid. 13). Sa capacité de gain étant également (réputée) entière dans les activités en question, il ne peut pas non plus prétendre à des mesures d'ordre professionnel.
13. Reste à déterminer si l'âge du recourant (62 ans au moment de la décision attaquée), empêche de considérer qu'il puisse encore, de manière réaliste, exploiter économiquement sa capacité de travail sur un marché équilibré du travail (cf. ci-dessus : consid. 9). Il convient d'y répondre par la négative dans la mesure où l'âge avancé – facteur en soi étranger à l'invalidité (ATF 138 V 457 consid. 3.1) – ne s'ajoute pas, dans le cas d'espèce, à d'autres circonstances personnelles ou professionnelles pertinentes, telles le point de savoir à partir de quand il serait médicalement exigible que le recourant mette à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.2). La capacité de travail étant réputée entière dans les activités exercées par le passé, ce depuis toujours (cf. ci-dessus : consid. 12), l'âge du recourant ne saurait être synonyme d'invalidité à lui seul. On ajoutera que ni le déconditionnement issu d'un mode de vie inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1).
14. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.
Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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