

GE_GERICHTE A/4152/2010 vom 15. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4152_2010

FR: GE_GERICHTE A/4152/2010 du 15 mars 2011

IT: GE_GERICHTE A/4152/2010 del 15 marzo 2011

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié à Athénaz, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GORLA Philippe recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1951, a travaillé depuis 1976 dans le domaine bancaire, notamment dans le négoce de matières premières. Il est employé en qualité de gestionnaire "négoce" et membre de la direction de la Banque X _____ (ci-après la banque ou l'employeur) depuis le 1 er juin 1999. Le contrat de travail prévoit un salaire fixe initial de 149'500 fr./an, des frais forfaitaires de représentation de 7'300 fr./an, une gratification annuelle fondée sur les résultats de la Banque et les mérites de l'employé, ainsi qu'un bonus basé sur les résultats de la section. L'assuré est en arrêt de travail à 100% pour cause de maladie depuis le 9 avril 2008, suite à une décompensation psychique liée à des conflits professionnels depuis quatre ans. Selon les extraits de comptes individuel AVS, le salaire annuel brut de l'assuré était de 197'047 fr. en 2005, de 192'213 fr. en 2006 et de 182'799 fr. en 2007. Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 24 novembre 2008, le salaire annuel brut de l'assuré en 2008 est de 161'004 fr. (13'417 fr./mois) auxquels s'ajoutent 8'000 fr de frais. L'attestation ne mentionne pas la gratification, ni le bonus prévus par le contrat de travail du 8 février 1999. Une expertise psychiatrique a été confiée par l'assurance perte de gain de l'employeur au Dr L _____, psychiatre. Le rapport d'expertise du 3 septembre 2008 est fondé sur le dossier médical, notamment le rapport du Dr M _____, psychiatre de l'assuré, un entretien avec l'assuré et deux entretiens téléphoniques avec son psychiatre. S'agissant des plaintes du patient, celui-ci mentionne un sentiment de fatigue, des troubles du sommeil, des douleurs musculaires, une agressivité et de l'anxiété. Il ne décrit pas véritablement de trouble de la concentration, mais une fatigue qui apparaît après trente minutes de lecture. Il n'a pas de problème de mémoire, mais un léger ralentissement psychomoteur. Il y a des ruminations, qui sont plus présentes au réveil. Il y a de l'anxiété qui s'inscrit dans le cadre d'un contexte professionnel difficile, mais l'assuré n'a pas présenté d'épisode d'anxiété paroxystique, ni d'agoraphobie ou de phobie sociale. L'assuré ressent de la déception plutôt que de la tristesse, il est irritable et parfois agressif verbalement. Il ne ressent ni sentiment de culpabilité, ni dévalorisation, mais une baisse de la confiance en soi, un manque de motivation qui lui demande des efforts, même pour les activités plaisantes. Il présente des troubles de l'appétit, du transit et une libido diminuée. Les constatations objectives faites par l'expert sont que l'assuré paraît d'emblée extrêmement anxieux et tendu, il ne présente ni trouble du jugement, ou du raisonnement, la concentration et l'attention étant préservées. C'est essentiellement l'anxiété qui prédomine et l'expert note un tremor au niveau des mains. L'anxiété ne s'atténue que peu durant l'entretien et l'assuré est également tendu, par moment à la limite de l'irritabilité, mais il n'y a pas d'agressivité envers l'examineur et la

collaboration est bonne. L'assuré ne présente pas de tristesse manifeste, mais il semble assez découragé et désespéré par la situation actuelle. Il n'y a pas de labilité émotionnelle. L'expert indique que les limitations fonctionnelles sont une diminution de la motivation, une plus grande fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, une forte irritabilité et une anxiété. Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail est un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.00) depuis avril 2008 impliquant une incapacité de travail à 100%, mais à terme, l'assuré doit pouvoir reprendre son activité habituelle auprès d'un autre employeur, car un retour à la banque n'est pas possible au vu de la cristallisation du conflit. L'expert écarte le diagnostic différentiel de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse, car les signes cliniques parlent en faveur d'un état dépressif majeur d'intensité modérée. Les troubles sont consécutifs à un épuisement psychique dans un contexte professionnel très difficile. L'expert pronostique une incapacité à 100% jusqu'au 30 novembre 2008, de 50% jusqu'au 31 décembre 2008, puis une totale capacité dès le 1^{er} janvier 2009, si la reprise à 50% est couronnée de succès. L'assuré a déposé le 15 octobre 2008 une demande de prestations d'invalidité auprès de l' OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI), précisant qu'il sollicitait une réadaptation professionnelle, souffrant de troubles psychiques suite à un conflit avec son employeur. L'OAI a interrogé le médecin traitant, le Dr N _____ et le psychiatre de l'assuré, le Dr M _____, lesquels attestent d'une incapacité de travail totale depuis le 8, respectivement le 12 avril 2008. Le psychiatre précise que le patient souffre d'une affection neuropsychiatrique avec humeur dépressive secondaire à des tensions professionnelles, depuis 2006-2007 environ; les pressions au travail ayant entraîné tristesse, sentiment de dévalorisation, pleurs, inhibitions, doute de soi, vision en noir de l'avenir, troubles du sommeil et de l'appétit, diminution de l'efficacité, anxiétés, etc. Par pli du 25 novembre 2008, l'assuré a relaté dans le détail les événements qui ont conduit à son arrêt de travail. L'exposé indique que l'ambiance professionnelle a commencé à se détériorer en 2003-2004, en particulier, avec un supérieur hiérarchique. Les critiques et les remarques sur le travail de l'assuré, son attitude, et même son habillement se sont faites de plus en plus nombreuses, parfois en public. Son état de santé a commencé à s'en ressentir à fin 2005 : fatigue, impossibilité de se rendormir sans avoir pris un calmant, perte d'appétit, angoisses, douleurs en tous genres et irritabilité sont apparus. Une des humiliations les plus importantes a été la décision du supérieur en question de ne plus envoyer l'assuré au Comité de crédit et devant le Conseil d'administration pour présenter ses propres dossiers. Des brimades de toute sorte ont continué, et malgré l'absence de toute faute professionnelle, les qualifications de fin d'année ont été médiocres, avec une réduction de 10'000 fr. du bonus versé en mars 2007. L'assuré s'est alors vu proposer une mise à la retraite anticipée qu'il a refusée. Il a continué à faire des efforts pour faire son travail, se montrer souriant et avoir des contacts courtois avec ses collègues. En octobre 2007, une restructuration du service a été effectuée sans en informer l'assuré, qui a perdu tous ses clients "métaux", remplacés par des clients actifs dans le domaine du pétrole, activité qui ne lui était pas familière. Malgré la satisfaction manifeste de son nouveau chef direct, le supérieur responsable du litige a tout de même amputé le bonus de 10'000 fr. à nouveau en 2008, traitant l'assuré de nul et d'incapable. Immédiatement après, son chef direct, avec lequel il entretenait de bonnes relations, a reçu des consignes pour éviter l'assuré et ne plus l'inviter à boire un café. Début avril 2008, le supérieur mis en cause a donné pour instruction que toutes les propositions de transactions concernant les clients de l'assuré devaient être contresignées par le chef de groupe, avant de lui être soumises pour accord final. Cela fut l'humiliation suprême ajoutée aux précédentes

et aux insultes grossières subies. L'assuré reprend ensuite la situation postérieurement à son arrêt de travail d'avril 2008, commente le rapport d'expertise du Dr L_____, faisant valoir que malgré une augmentation massive des doses d'antidépresseurs, son état de santé ne s'était pas amélioré, de sorte qu'il ne retrouvera jamais le niveau pour exercer son activité habituelle. Le gestionnaire du dossier a prévu une mesure professionnelle, mais a requis le 7 janvier 2009 l'avis du service médical régional de l'OAI (SMR) sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, dès lors que l'assuré "semble détruit par le combat qu'il mène contre la BCG". Selon le rapport d'évaluation du 12 janvier 2009, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation et de coaching auprès de la maison HESTIA, ce soutien par un coaching permanent étant souvent nécessaire en cas de dépression due à un probable mobbing selon le gestionnaire du dossier. La mesure d'orientation a été prévue du 18 décembre 2008 au 31 mars 2009. Selon le plan de réadaptation conclu le 12 janvier 2009 entre l'assuré, l'OAI et HESTIA, l'objectif visé est de définir une orientation professionnelle adaptée aux compétences et capacités actuelles de l'assuré et trouver un projet qui permette à l'assuré de se réinsérer dans une nouvelle profession qui lui permettrait de travailler à plein temps. Les diverses mesures de coaching mises en place par Hestia n'ont pas abouti à un projet concret. Selon l'avis du 8 avril 2009 du Dr O_____, médecin auprès du SMR, on ne peut pas admettre une incapacité durable en cours au sens de l'AI, sur la base de l'expertise du Dr L_____. L'affection réactionnelle décrite ne dépasse pas le niveau de la réaction anxieuse et dépressive. Elle n'apparaît pas traitée selon les règles de l'art, dès lors que l'anxiolyse n'est pas adéquate et que les diverses options de soins n'ont pas été appliquées (relaxation, hypnose, etc). Le trouble de l'adaptation indiqué par le psychiatre traitant le 6 février 2009 ne justifie pas d'incapacité durable. Le changement de lieu de travail paraît opportun, car il éloignera la principale étiologie de la décompensation psychique qui "nous occupe". Le SMR estime que l'épisode dépressif moyen retenu par le Dr L_____ est sans relation avec les constatations objectives. Par projet de décision du 14 avril 2009, l'OAI a envisagé de refuser toute prestation d'invalidité, motif pris que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé invalidante selon l'avis du SMR. Par pli du 20 avril 2009, l'assuré a confirmé qu'il était toujours en incapacité de travail tout en ayant bon espoir de pouvoir reprendre une activité. Il s'étonnait du projet de décision, dès lors qu'il était établi qu'il ne pouvait plus exercer sa précédente activité et que l'OAI avait admis qu'un reclassement professionnel se justifiait en lui octroyant une mesure d'orientation chez HESTIA, peu concluante en l'occurrence. L'assuré a précisé qu'il n'avait pas demandé de rente ou d'aide financière, mais un reclassement. Par mémoire du 10 août 2009, l'avocat de l'assuré a formulé des observations. Il relate d'abord dans le détail le déroulement chronologique des faits. Il fait valoir que les objections du Dr O_____ du SRM ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr L_____ et du psychiatre traitant. Il joint à son mémoire un rapport médical détaillé du 27 juillet 2009 du Dr M_____, lequel indique que l'assuré a perdu le niveau d'attention, de concentration, de résistance aux tensions et au stress que son activité antérieure exige. En ce sens, il présente une invalidité acquise et une diminution définitive de sa capacité de gain. L'état de l'assuré est caractérisé par une perte d'estime de soi, un manque de confiance, des doutes sur son avenir, une capacité de concentration et d'attention limitée, une résistance au stress dépassée, une aptitude à appréhender des situations complexes vite submergée. Il en résulte une importante diminution de ses capacités d'adaptation et dès lors, de sa capacité de travail même dans une activité plus simple. Il présente aussi des crises d'anxiété récidivantes et paroxystiques, des anxiétés d'anticipation, des comportements d'évitement. Il

s'est organisé une vie a minima au ralenti. L'avocat conclut qu'il convient de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique afin de déterminer précisément l'incidence des troubles de l'assuré sur sa capacité de travail. Il faut également procéder au calcul du taux d'invalidité. L'avocat rappelle également que l'assuré a été licencié par la banque avec effet au 30 septembre 2009. Sur la base de l'avis du Dr P _____ du SMR du 15 septembre 2009, selon lequel la description de la pathologie décrite par le psychiatre traitant ne correspond pas à celle de l'expertise d'août 2008, l'OAI a décidé le 5 octobre 2009 de demander un complément d'expertise au Dr L _____, puis a renoncé à le mandater car son impartialité a été contestée par l'assuré, s'agissant de l'expert de l'assurance perte de gain de son employeur. Une expertise psychiatrique a été confiée le 26 février 2010 par l'OAI au Dr Q _____, psychiatre. Le rapport d'expertise du 14 mai 2010 se fonde sur le dossier médical, notamment les rapports du Dr M _____ et l'expertise du Dr L _____, deux entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec son psychiatre, un autre avec son généraliste et un examen sanguin. S'agissant des plaintes du patient, celui-ci mentionne la fatigue, constante et qui l'oblige à faire la sieste, ainsi que les soucis, qui le réveillent la nuit et le poursuivent jusqu'au matin, notamment au sujet de ce qui pourrait arriver à ses enfants, admettant que cela s'apparente à des ruminations dépressives. L'assuré relève aussi de la perte d'intérêt, une certaine baisse de confiance de soi qui alimente le sentiment d'être totalement incapable de reprendre une activité professionnelle, des difficultés d'attention et à prendre des décisions, ainsi que des oublis. Il y a une légère perte de l'appétit. L'assuré se dit plutôt déçu que triste et réfute l'existence d'attaques de panique. Il indique n'avoir aucun problème avec des produits psychotropes et en particulier l'alcool. Lors de l'observation, l'expert relève que l'assuré est bien orienté, n'exagère pas les symptômes, il est ralenti et a l'air triste, la question d'un foeter alcoolique s'est posée lors du premier mais pas du second entretien, le tremor constaté lors d'autres évaluations n'étant pas observé, sauf quelques minutes au début du second entretien. Le score de l'assuré est de 20 sur l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton, ce qui correspond à un état actuel moyen. Les résultats des examens sanguins du 14 avril 2010 sont de 246 U/l (gamma Gt; norme < 66 U/L) et 4,38% (CDT; norme < 2.5%) révèlent des taux démontrant que l'assuré a consommé plus de 60 gr d'éthanol par jour dans les deux dernières semaines. Au vu de ce qui précède, l'expert retient le diagnostic de syndrome de dépendance alcoolique (F10.24) et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen; F32.0). S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert indique qu'il se trouve face à un assuré qui minimise sa consommation d'alcool, alors que les indices cliniques et les paramètres biologiques ne laissent pas de doute quant à une consommation excessive. L'assuré a eu des difficultés au travail, ce qui est fréquent chez les sujets ayant des problèmes d'alcool. Il a présenté une maladie de Dupuytren, ce qui est souvent associé à un abus chronique d'alcool. Il présentait un tremor lors de l'expertise psychiatrique du 3 septembre 2008, ce qui est habituel chez les alcooliques, ce signe étant attribué à des manifestations transitoires de sevrage et augmenté par l'anxiété. L'expert précise qu'il a eu l'impression fugace d'un foeter alcoolique lors du premier entretien. Les résultats du dosage sanguin donnent des valeurs manifestement pathologiques qui ne laissent aucun doute quant à un abus d'alcool. Au vu de tous ces éléments, force est de retenir un problème significatif avec l'alcool chez cet assuré. En l'état, tout indique que l'expertisé est incapable de diminuer ou de stopper la consommation abusive d'alcool, au vu de l'évolution actuelle. On peut admettre la tolérance, sachant que l'abus est passé quasiment inaperçu jusqu'ici, seul le médecin traitant a déjà noté des résultats élevés et en a parlé à son patient en 2009. Le diagnostic le plus probable est donc celui d'un syndrome de

dépendance alcoolique. Pour le trouble dépressif, l'expert indique que l'assuré rapporte deux des symptômes cardinaux de l'épisode dépressif, sachant que la tristesse est vraisemblablement inconstante et peu caractéristique de ce qui est observé dans la dépression. Il y a la fatigue anormale et la perte d'intérêts qui ne font pas de doute. L'assuré relatant également d'autres symptômes secondaires, soit perte de la confiance en soi, difficultés à penser et à se concentrer, et troubles du sommeil, ainsi qu'un ralentissement, cela permet de retenir un épisode dépressif, de sévérité moyenne ou modérée. L'expert écarte les diagnostics posés par les autres médecins, le trouble anxieux et dépressif mixte relevé par le Dr N_____ doit être écarté au profit d'un véritable épisode dépressif. Le trouble de l'adaptation mentionné par le Dr M_____ est également écarté, car il est réservé à une pathologie anxieuse et dépressive de peu de gravité sur une courte durée. L'expert relève encore la contradiction entre le diagnostic posé par le Dr L_____, d'épisode dépressif léger, avec celui mentionné dans le corps de son expertise, il fait état d'un épisode dépressif moyen. En conclusion, l'expert est convaincu que l'assuré présente un trouble dépressif majeur, qui a varié en intensité (moyen, léger, en rémission partielle) depuis 2008. L'expert effectue ensuite une appréciation assécurologique. Il cite longuement la doctrine médicale et les principes prévalant en matière d'invalidité, s'agissant d'une toxicomanie secondaire ou primaire. L'expert se pose la question de savoir si l'abus d'alcool ne joue pas un rôle dans l'émergence et le maintien du trouble dépressif de l'assuré. En retenant cette hypothèse, on peut alors admettre que l'expertisé avait des problèmes avec l'alcool depuis des années, que ceux-ci ont déterminé des problèmes au travail ou qu'ils ont été causés par ces problèmes au travail, sans que l'expert en sache plus. On peut alors admettre que la dépression est survenue dans un deuxième temps, comme une des conséquences de cet alcoolisme primaire et on peut admettre que la dépression et les limitations qui en découlent n'auraient pas lieu d'être, si l'assuré avait été sobre. L'autre hypothèse serait celle que l'expertisé ait eu d'abord des troubles dépressifs, que ceux-ci aient déterminé des problèmes au travail ou qu'ils aient été causés par ses problèmes au travail, sans que l'expert en sache plus. On pourrait alors admettre que l'alcoolisme est secondaire et n'aurait pas lieu d'être si l'assuré n'avait pas été dépressif. Après mûre réflexion, l'expert privilégie la première hypothèse de l'alcoolisme primaire pour divers motifs. Un état dépressif est rarement la seule cause d'un abus ou d'une dépendance alcoolique. Lors des périodes d'état dépressif sévère, il y avait un abus d'alcool, sur la base du tremor constaté. Il est rare que les alcoolismes secondaires soient tellement déniés par les sujets en cause comme c'est le cas ici. Si l'alcoolisme était secondaire, on s'étonne qu'il n'y ait pas eu de trouble psychiatrique avant l'année 2000. Plusieurs arguments permettent d'affirmer que l'état dépressif constaté serait en rémission au moins partielle, en l'absence de consommation excessive d'alcool et n'aurait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. En conclusion, l'expert ne retient dès lors pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce domaine, compte tenu des règles usuelles dans le domaine de l'assurance-invalidité, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées chez un sujet bien formé qui est à même de se réinsérer dans le monde du travail, dans la mesure où le problème avec l'alcool serait traité et guéri. Le pronostic à long terme est difficile à établir, car il est excellent sur le plan psychiatrique, si le traitement de l'alcoolisme évolue vers la rémission. Par courriel du 10 juin 2010, l'avocat de l'assuré a informé l'OAI que son client et ses deux médecins contestaient les conclusions du Dr Q_____, les troubles psychiques n'étant pas en lien avec sa consommation d'alcool. Il a ensuite sollicité le 18 juin 2010 le Dr R_____, psychiatre auprès des HUG, pour une contreexpertise. Par pli du 25 juin 2010, le Dr

R_____ indique que la situation est complexe et qu'il n'est pas nécessaire qu'il produise un rapport si celui-ci ne peut pas contrer celui du Dr Q_____. Il conditionne donc son expertise à la normalisation des examens sanguins que l'assuré doit faire durant deux mois. Par avis du 14 juillet 2010, la Dresse S_____ du SMR prend note et commente le rapport d'expertise, estimant qu'il est probant et se fonde sur la jurisprudence, concluant que "force est de constater que l'assuré n'a pas présenté de maladie psychiatrique préexistante au début de la consommation exagérée d'alcool" de sorte qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Le seul but de la contre expertise du Dr R_____ étant de contrer les conclusions du Dr Q_____, le SMR "ne peut pas entrer en matière" et maintient ses conclusions du 8 avril 2009. Par pli du 11 août 2001, l'avocat de l'assuré transmet à l'OAI deux pièces médicales. a) Le courrier du 20 juillet 2010 du Dr R_____ selon lequel l'anamnèse d'alcool telle que rapportée par l'assuré tend à montrer une consommation ancienne et modérée d'alcool, sans signes de dépendance: absence de tremblements matinaux, de perte de contrôle de la consommation, de signes de sevrage lors de périodes d'abstinence, pas d'effets comportementaux négatifs, en particulier d'accidents dus à l'alcool. Les résultats des tests sanguins tendent à montrer une normalisation de la fonction hépatique et donc l'absence de surconsommation d'alcool actuelle. L'anamnèse et les tests montrent que l'expertisé présente depuis de nombreuses années une consommation habituelle à l'alcool, mais qu'il ne souffre pas de dépendance. Les conclusions de l'expertise du Dr Q_____ peuvent donc objectivement être remises en cause. b) Le rapport médical du 9 août 2010 du Dr M_____. Ce psychiatre décrit longuement les antécédents personnels professionnels du patient et l'évolution de son état de santé consécutive aux brimades et pressions professionnelles subies depuis 2003. En 2005-2006, le patient développe des symptômes anxieux: grande fatigue, angoisses, douleurs, impossibilité à s'endormir ou se rendormir sans un calmant, irritabilité, manque d'appétit. Fin 2007, le patient avait présenté et s'était remis d'un trouble de l'adaptation avec humeur mixte. Durant toutes ces années, l'assuré n'a jamais présenté le moindre symptôme lié à la consommation d'alcool, avec une consommation d'un ou deux verres par jour, un peu plus le weekend. En 2008, ni le Dr L_____, ni le Dr N_____, ni lui-même n'ont trouvé des éléments pouvant évoquer un trouble de dépendance à l'alcool. Début 2008, les vexations et brimades professionnelles répétées ont repris et le patient est nerveux, moins intéressé par ses loisirs habituels, fatigué, il a des troubles du sommeil de l'appétit. Le refus de bonus de mars 2008 et les insultes proférées par son chef alors font augmenter les symptômes anxieux et, suite à une erreur d'un des services de la banque sur une transaction menée par l'assuré et supervisée par ses chefs, l'assuré s'effondre psychiquement et il est mis en arrêt de travail par le Dr N_____. Le médecin précise que c'est dans la mesure où les symptômes décrits sont survenus parallèlement et en lien direct avec les brimades qu'il a alors posé le diagnostic de trouble de l'adaptation. La présence concomitante de symptômes anxieux et dépressifs permettait de s'orienter soit vers un trouble de l'adaptation mixte (anxieux et dépressif) soit vers un trouble dépressif majeur tel que confirmé dans les semaines qui ont suivi. Le médecin décrit ensuite l'évolution de l'état de santé de son patient de 2008 à 2010: après une période d'amélioration secondaire à l'intervention précoce de l'OAI sous forme d'orientation professionnelles, le patient réalisant qu'il pourrait peut-être fonctionner à nouveau et travailler à 40% dans une activité simple (tenue de comptes) tout en devant admettre qu'il ne parviendrait plus jamais à occuper un poste similaire au sien, son épouse a été atteinte d'une tumeur et l'assuré a dû tenir la maison. A l'été 2009, le diagnostic était celui d'un état dépressif léger à moyen associé à des séquelles définitives

dans sa capacité de gain antérieure. Après cet effort soutenu, les symptômes de fatigue, absence de motivation, sentiment d'incapacité, anxiété et oublis persistent dans la seconde moitié de 2009 et en 2010. La mise à la retraite anticipée de la banque a été vécue avec souffrance et a joué un rôle défavorable sur l'état dépressif. Après le premier diagnostic de trouble de l'adaptation, celui de trouble dépressif majeur (état actuel moyen) est retenu de l'automne 2008 à ce jour, le patient n'a jamais présenté de syndrome de dépendance alcoolique. Le Dr M_____ conteste le diagnostic précité retenu par le Dr Q_____, précisant avoir supervisé deux unités de traitement des dépendances et être donc attentif à ces problématiques. La consommation d'alcool de son patient est régulière et la même depuis plusieurs années; il n'y a pas de tolérance, car il n'y a pas eu d'augmentation; la consommation et la recherche d'alcool n'occupent pas une part importante de son temps et il n'y a pas de symptômes de sevrage. Le patient n'a jamais eu comportement ou problème social ou légal lié à la consommation, et il n'y a jamais eu aucun reproche de sa famille ou de ses collègues ou chefs, qui n'hésitaient pas, sur d'autres points, à lui faire des remarques désobligeantes. Malgré les tensions au travail, le patient n'a jamais recouru à l'alcool pour calmer ses angoisses. La consommation d'alcool de l'assuré est proche des consommations moyennes des hommes en France, soit trois à quatre verres par jour, selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Dr M_____ conteste ensuite systématiquement les arguments développés par le Dr Q_____, reprenant chacun des critères principaux mentionnés par la CIM-10 et précisant en quoi ils ne correspondent pas à la situation de son patient. En particulier, le Dr Q_____ a retenu, sans aucune investigation, une tolérance à l'alcool, des symptômes de sevrage et l'incapacité de diminuer ou stopper sa consommation. Le Dr Q_____ n'a même pas interrogé le patient avant de prendre des conclusions. En conclusion, le trouble dépressif majeur implique une incapacité de travail totale de l'assuré dans la profession exercée antérieurement et ce depuis avril 2008. L'avis du Dr T_____ du SMR du 17 septembre 2010 cite l'ensemble des rapports médicaux recueillis, soit l'expertise du Dr L_____, les rapports médicaux du Dr M_____, l'expertise du Dr Q_____ et les courriers du Dr R_____. Le médecin considère que la contestation par le psychiatre traitant et le psychiatre consultant du diagnostic de dépendance à l'alcool posé par l'expert psychiatre ne met pas en doute la consommation d'alcools nuisible de longue durée, démontrée par l'expert psychiatre. Les examens sanguins montrent une consommation à la limite de la surconsommation franche et une consommation augmentée de longue durée. Le caractère parfois festif indiqué de la consommation parle plutôt en défaveur d'un trouble dépressif grave primaire. Il considère donc que les derniers éléments rapportés ne sont pas susceptibles de modifier les conclusions de l'expert psychiatre du 14 mai 2010 et de l'avis du SMR du 14 juillet 2010, soit l'absence d'incapacité de travail durable pour une atteinte reconnue par l'OAI. Par pli du 7 octobre 2010, l'avocat de l'assuré transmet à l'OAI le rapport d'expertise du 30 septembre 2010 du Dr R_____, en l'invitant à procéder à une nouvelle analyse du cas. Le rapport d'expertise du Dr R_____ se fonde sur le dossier médical, notamment les rapports du Dr M_____ et l'expertise du Dr Q_____, deux entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec le généraliste et des examens sanguins effectués deux fois, les 2 juillet et 3 août 2010. S'agissant des plaintes du patient, celui-ci mentionne une fatigue chronique et permanente, particulièrement importante en début d'après midi et qui l'oblige à faire une sieste. L'expertisé se décrit comme anxieux, avec des ruminations pendant la nuit et d'importants troubles du sommeil. Durant la journée, il est triste et sans motivation, ressasant sa

situation et l'injustice subie. Il existe une nette altération de l'estime de soi, avec sentiment d'impuissance et d'incapacité à prendre des décisions, à agir, des problèmes d'attention, de concentration et des oublis. Il est sensible au stress et réagit de façon excessivement anxieuse à des événements mineurs. L'expertisé écarte toute culpabilité pathologique et idées suicidaires. Lors de l'observation, l'expert relève qu'à aucun moment le patient ne présente un fœtor alcoolique ou ne paraît sous l'influence de l'alcool. La mémoire est préservée et les facultés intellectuelles aussi. Un ralentissement du cours de la pensée est nettement perceptible; le contenu du discours est marqué par des idées pessimistes et négatives avec des thèmes d'échec, de ressentiment et de préjudice. La mimique et la gestuelle sont évocatrices d'une certaine anxiété, difficilement exprimée, mais nettement perceptible lorsque des thèmes du travail et du licenciement sont évoqués. Le score de l'assuré est de 20 sur l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton, ce qui correspond à un état actuel moyen. Les résultats des examens sanguins sont de 58 U/l (gamma Gt; norme <66 U/L) et 2.50% (CDT; norme < 2.50%) le 2 juillet et de 48 U/l (gamma Gt) et 2.38% (CDT) le 3 août 2010. L'expert retient le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif moyen; F32.1, présent depuis 2008, et sans répercussion sur la capacité de travail d'utilisation nocive pour la santé d'alcool, en rémission (F 10.1). S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert rappelle le contexte de tensions et de conflits professionnels et le lien entre la situation au travail et les troubles psychiques développés dès 2005 et aggravés début 2008. Les bilans biologiques effectués à un mois d'intervalle se sont révélés dans la norme, de sorte que l'expertisé consomme depuis longtemps de l'alcool et que, de ce fait, ces constantes biologiques ont été plus élevées que la norme, mais qu'il n'a eu aucune difficulté, sans aucun traitement, à réduire sa consommation de façon à ce que ces constantes retournent à la norme. L'assuré est donc parfaitement apte à contrôler sa consommation d'alcool, contrairement aux conclusions du Dr Q_____. Un diagnostic de dépendance à l'alcool ne peut en aucun cas reposer uniquement sur la constatation de résultats biologiques anormaux. Par contre, le diagnostic d'utilisation nocive pour la santé d'alcool est justifié. Cette consommation étant actuellement réduite, le trouble est donc en rémission. Finalement, seul le diagnostic d'épisode dépressif moyen est toujours actuellement présent et il n'est contesté par aucun des médecins ayant traité ou expertisé l'assuré. Le diagnostic de dépendance à l'alcool étant caduc, il faut réévaluer la question de l'aptitude au travail sur la base du constat d'un trouble dépressif sévère, d'intensité moyenne, depuis avril 2008. Ce trouble est fondé sur la base de la présence de deux des symptômes cardinaux de l'épisode dépressif : une tristesse pathologique et une fatigue anormale, ainsi que quatre des symptômes secondaires : la perte de la confiance en soi, des difficultés à penser et à se concentrer, un ralentissement psychique et des troubles de sommeil de milieu et fin de nuit. Ces constatations confirment le diagnostic, mais permettent aussi de constater que l'expertisé est incapable d'exercer une activité professionnelle en raison de ses troubles dépressifs, dès lors que la perte de confiance en soi, la fatigue chronique, les difficultés à penser et à se concentrer, et le ralentissement constituent des troubles incompatibles avec l'exercice de sa profession habituelle, ainsi qu'avec l'exercice de toute autre profession. Après plus de deux ans de traitement sans rémission, aucune amélioration significative ne peut être espérée à court terme. L'expertisé étant de plus âgé de 59 ans, aucune réadaptation professionnelle ne peut être envisagée dans les années à venir et par conséquent plus aucune activité n'est désormais exigible. L'avis du Dr T_____ du SMR du 27 octobre 2010 cite les divers expertises et rapports médicaux du dossier et, malgré le constat d'un état dépressif incapacitant, persistant après modération apparente de la consommation d'alcools

dès mi-juin 2010, il considère que la contre-expertise du Dr R _____ ne fournit pas d'argument objectif contre la conclusion de l'expertise du Dr Q _____, soit un état dépressif secondairement induit et aggravé à un niveau incapacitant par la surconsommation d'alcool. A son avis, la controverse dépendance / utilisation nocive n'a pas de portée sur les considérations d'exigibilité au sens de l'AI. Les deux conditions ne sont pas considérées durablement incapacitantes au sens de l'AI au sens de la jurisprudence et les deux conditions peuvent secondairement induire un trouble dépressif incapacitant. Il retient la conclusion diagnostique d'un état dépressif majeur secondairement induit par une surconsommation d'alcool de longue durée et primaire, sans indice de séquelles incapacitantes irréversibles dues à cette surconsommation ; et il confirme les conclusions des avis SMR des 14 juillet et 17 septembre 2010, soit l'absence d'atteinte incapacitante durable au sens de l'AI. Par décision du 3 novembre 2010, l'OAI confirme son projet de décision et indique avoir pris en compte les objections formulées. Le résultat de ses constatations est que, au vu de l'ensemble des expertises et pièces médicales, aucun élément probant n'atteste d'autres diagnostics dont l'office n'aurait pas tenu compte, de sorte que les conclusions du 14 juillet 2010 du SMR restent valables. L'assuré ne présente aucune atteinte à sa santé ayant valeur d'invalidité qui pourrait limiter sa capacité de travail et de gain de façon permanente et durable. Par acte du 3 décembre 2010, l'assuré, représenté par son avocat, forme recours contre la décision du 3 novembre 2010 et conclut à son annulation, au constat de l'atteinte invalidante et à ce que le taux d'invalidité soit fixé. Il conteste la valeur probante de l'expertise du Dr Q _____, fondée sur des suppositions non vérifiées. L'ensemble des médecins retiennent l'existence d'un trouble dépressif majeur, mais le pronostic du Dr L _____ de septembre 2008, s'agissant de la reprise d'une activité lucrative ne s'était pas vérifié. D'ailleurs, il conditionnait cette reprise au succès d'un retour au travail à mi-temps. Malgré les traitements administrés et les consultations répétées, l'assuré continue à souffrir de dépression, ce qui implique une totale incapacité de travail dans l'activité exercée. Les conclusions du SMR sont parfaitement illogiques. La décision de l'OAI est arbitraire dans l'appréciation des preuves, l'expertise du Dr Q _____ étant valablement remise en cause par celles des Dr M _____ et R _____; elle manque de motivation et l'OAI aurait dû procéder au calcul de la perte de gain. Il est donc certain que l'assuré peut prétendre à une rente AI, mais il reste à déterminer pour quel taux d'invalidité, car même en cas d'activité adaptée, simple et à 40%, la perte de gain serait importante. Si l'OAI n'était pas convaincue par l'expertise du Dr R _____, elle devait alors procéder à des investigations complémentaires. Parmi les pièces produites par l'assuré, il ressort d'un courrier du 15 janvier 2009 du Dr U _____, neurologue, au Dr N _____ que l'assuré présente un tremor d'attitude certainement lié à un tabagisme important, la majoration actuelle étant certainement à mettre sur le compte de la médication antidépressive. Par pli du 21 décembre 2010, l'OAI propose le rejet du recours et se réfère aux faits ressortant des pièces du dossier et à la motivation de la décision, le recours ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas. Cet avis est transmis à l'assuré et un délai lui est fixé au 31 janvier 2011 pour consulter les pièces et se déterminer. La cause a été gardée à juger le 21 février 2011. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1 er

janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel dès le 15 octobre 2008, cas échéant une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2009, soit 6 mois après le dépôt de la demande de prestations. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 14 avril 2009 qui a été confirmé par la décision du 3 novembre 2010 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales le 3 décembre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison

des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). d) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). La jurisprudence considère à cet égard que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). Toutefois, 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 (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf.

ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), 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 (arrêts F. du 27 mai 2005, I 819/04, consid. 2.2, N. du 26 mai 2003, I 462/02, consid. 2.3; W. du 4 avril 2002, I 401/01, consid. 4c). Ainsi, il a été jugé qu'un assuré âgé de 57 ans au moment de la décision litigieuse n'avait pas encore atteint la limite d'âge critique à partir de laquelle il n'y avait plus de mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle sur le plan économique. Partant, il pouvait être exigé de lui qu'il abandonne l'activité indépendante pour exercer une activité salariée simple et répétitive (ATF du 9 octobre 2007, I 881/06, consid. 4.4). En revanche, le Tribunal fédéral a jugé que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible d'un assuré âgé de 64 ans (ATF non publié du 4 avril 2002, I 401/01, consid. 4d) ni d'un assuré âgé de 61 ½ ans, compte tenu des circonstances concrètes du cas d'espèce (ATF non publié du 10 mars 2003, I 617/2002, consid. 3.3). Dans ces deux cas, la capacité résiduelle de travail ne pouvait plus être exploitée économiquement. e) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il 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 322 consid. 5a). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). c) 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/bb et cc). Ce n'est que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, que la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Dans le cas d'espèce, les conclusions des trois experts, les Dr L _____, Q _____ et R _____ ainsi que celles du psychiatre traitant, le Dr M _____, sont pour partie contradictoires. D'une part, tous les médecins psychiatres s'accordent sur le diagnostic de trouble dépressif majeur (état actuel moyen; F32.0) ou de trouble dépressif moyen (la mention d'un trouble léger dans le rapport du Dr L _____ étant manifestement une inadvertance au vu du contenu de son rapport et de la mention d'un trouble moyen dans le

cadre de l'appréciation du cas). D'autre part, seul le Dr Q _____ diagnostique un syndrome de dépendance à l'alcool primaire, qui relègue la dépression au second plan et exclut toute incapacité de travail dès lors que l'abstinence mettrait un terme à cette dépression secondaire. Le rapport du Dr Q _____ ne remplit toutefois pas les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Il ne tient pas compte d'une partie importante de l'anamnèse du patient et en particulier du lien temporel incontestable entre le litige professionnel et l'apparition du trouble dépressif. Il se fonde sur une unique analyse de sang, sans la répéter pour comparer les résultats obtenus. Il n'interroge ni le patient, ni son épouse sur les habitudes de consommation d'alcool de l'assuré et les éventuelles manifestations de manque lors de période d'abstinence, ou d'autres manifestations de la dépendance. L'examen médical n'est pas complet, en ce sens que pour admettre le syndrome de dépendance, encore faut-il vérifier, concrètement, que le patient présente les éléments de cette dépendance. Surtout, il fonde l'essentiel de ses conclusions à ce sujet sur des suppositions et hypothèses, non vérifiées dans le cas d'espèce. Ses conclusions sont mal motivées, car l'expert n'explique pas pourquoi la dépression serait invalidante après les pressions professionnelles seulement, mais serait tout de même secondaire à un alcoolisme bien plus ancien. De même, et au vu du conflit professionnel important, l'expert devait se demander pourquoi le chef direct de l'assuré, pourtant enclin aux brimades et humiliations selon ce dernier, n'avait-il pas pris prétexte de cette dépendance et des débordements qui y sont liés pour brimer avec un bon motif son employé. Ses conclusions sont de surcroît en totale contradiction avec celles de trois autres psychiatres, dont deux experts. Les explications circonstanciées et convaincantes des Dr R _____ et M _____, qui excluent le syndrome de dépendance à l'alcool emportent la conviction de la Cour. Leurs conclusions à cet égard sont bien motivées, chacun des critères permettant de retenir ce syndrome est analysé, puis écarté de façon convaincante, sur la base d'éléments concrets et exposés en détail. Leurs rapports ont été établis en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressé, ils prennent en considération les plaintes du patient ainsi que l'histoire médicale de celui-ci et leurs conclusions sont bien motivées et claires. Le Dr R _____ a procédé à plusieurs analyses de sang qui démontrent, en parallèle aux entretiens, que l'assuré peut sans difficultés diminuer sa consommation d'alcool. Ils ne contiennent au demeurant pas de contradictions. A noter que le Dr L _____ n'a pas non plus évoqué un problème d'alcoolisme dépendant lors de son expertise. Compte tenu de ces avis, le SMR a modifié sa position le 27 octobre 2010 et retenu, si l'on comprend bien, que la distinction entre dépendance et utilisation nocive d'alcool est finalement sans importance, la dépression restant un effet secondaire à l'alcoolisme. Le diagnostic est dès lors un état dépressif majeur secondairement induit et aggravé par une surconsommation d'alcool de longue durée et primaire, laquelle, à elle seule, n'est pas incapacitante. Cet avis n'est pas probant non plus. Il superpose en quelque sorte les conclusions contraires de deux rapports d'experts, tirant de chaque rapport des éléments de diagnostic partiels, pour en tirer une seule conclusion, sans aucune motivation. L'avis se fonde à nouveau sur des suppositions et ne tient pas compte des éléments essentiels de l'anamnèse. Il occulte complètement la concordance temporelle entre le conflit professionnel et l'apparition des troubles et est contradictoire en relevant que l'abus d'alcool est primaire, mais tout de même aggravant. A nouveau, l'expertise du Dr R _____ et le rapport du Dr M _____ sont tout à fait convaincants sur ce point. Sans nier la consommation excessive d'alcool du patient, ces psychiatres exposent de façon motivée l'évolution de l'état de santé du patient, en lien avec l'aggravation des pressions

professionnelles, et ce tout à fait indépendamment d'une consommation régulière d'alcool et de longue date, n'ayant entraîné aucun état dépressif jusqu'alors. Il y a donc lieu d'admettre que l'assuré souffre d'un état dépressif majeur, d'intensité moyenne avec effet sur sa capacité de travail. Ainsi, l'avis du SMR est infondé lorsqu'il retient que l'assuré ne souffre d'aucune affection psychiatrique invalidante et retient une capacité de travail entière. Reste à déterminer les conséquences de ce trouble sur la capacité de travail de l'assuré. Tous les médecins s'accordent sur le fait que le précédent emploi auprès du même employeur n'est pas envisageable. Les limitations fonctionnelles dues à l'affection ne sont pas contestées. Le pronostic assez favorable du Dr L _____ en septembre 2008 ne s'est pas réalisé, l'assuré n'ayant pas repris d'activité à 50%. Le Dr M _____ estime que, durant la période de réadaptation, l'assuré aurait pu reprendre une activité de bureau simple, sans responsabilité, ni décisions à prendre et ce à 40%. Il précise toutefois que l'état de santé de son patient s'est ensuite aggravé, après qu'il ait dû faire face et assumer des responsabilités familiales, lors de la phase aiguë du cancer de son épouse, sans amélioration depuis lors. Le Dr R _____ exclut toute capacité résiduelle de travail quelle que soit l'activité envisagée, en raison de la perte de confiance en soi, de la fatigue chronique (qui exige une sieste l'après midi), les difficultés à penser et à se concentrer ainsi que du ralentissement psychique. Il précise que l'âge du patient exclut toute réadaptation professionnelle et, partant, toute nouvelle activité. Après deux ans de traitement sans rémission, aucune amélioration significative de peut être espérée. L'ensemble de ces avis laisse subsister un doute, du point de vue médical, quant à la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante que, quelle que soit l'activité envisagée, elle pourrait au mieux être exercée au maximum à 50% au vu des limitations décrites. Il est déjà établi que l'assuré ne peut plus assumer des fonctions de cadre supérieur. On peut aussi douter des possibilités réalistes d'emploi compte tenu de l'âge de l'assuré, de sa précédente position hiérarchique et de la présence d'une affection psychiatrique, et ceci même sur un marché du travail équilibré. Toutefois, compte tenu de ce qui suit, la question de savoir si l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité ou dispose d'une capacité de travail résiduelle à 50% pourra rester ouverte. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il y a lieu de tenir compte du revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il avait été en bonne santé en 2009. Le salaire mentionné par l'employeur pour 2008 ne correspond pas cette situation dès lors qu'il n'inclut pas la gratification et le bonus que l'assuré aurait perçu cette année-là, à l'instar de toutes les années depuis 1999. Il convient donc de considérer la moyenne des trois dernières années avant l'arrêt de travail d'avril 2008, soit 2005 à 2007 ce qui permet de fixer un revenu moyen de 190'686 fr. en 2008. Indexé à 2009, ce revenu est de 194'881 fr. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, soit la perte de confiance en soi, la fatigue, les difficultés à penser, se concentrer et prendre une décision, ainsi que le ralentissement psychique, serait par hypothèse exigible à 50%. Compte tenu de la formation professionnelle de l'assuré, ce dernier a des compétences en comptabilité et une activité simple de tenue de comptes ou de bureau serait envisageable. Les ESS 2008, TA 1_b S, ligne 67 concernent les "services aux activités financières et d'assurance" et distinguent 4 niveaux de fonctions de cadre et un cinquième niveau "sans fonction de cadre". Le niveau 1 (cadre supérieur), homme, reporté à 41,6 heures de travail fait état d'un revenu annuel de 215'754 fr. Le niveau 3 (cadre inférieur) est encore trop exigeant au vu des limitations décrites. Le niveau 4 (cadre: responsable de l'exécution de travaux) et plus vraisemblablement le dernier niveau (sans fonction de cadre) serait éventuellement exigible.

Reporté à 41.6 heures, et à 50%, le salaire est de 55'467 fr. soit 56'687 fr. après indexation à 2009 (niveau 4) voire de 47'224 fr., soit 48'262 fr. après indexation à 2009 (sans fonction de cadre). Compte tenu de l'âge de l'assuré, il convient encore d'admettre un abattement de 10% en tout cas, ce qui ramène ces salaires à 51'019 fr., voire 43'436 fr. Dans la meilleure des hypothèses donc, si l'assuré était capable de travailler à 50% et pour autant que son âge permette encore une exploitation de sa capacité résiduelle de travail, son taux d'invalidité serait en tout cas de 73%, voire de 77% ce qui ouvre le droit à une rente entière. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas utile de renvoyer la cause à l'intimé pour procéder à une investigation médicale supplémentaire, ni d'ordonner une troisième expertise médicale, afin de déterminer une très hypothétique capacité résiduelle de travail, dès lors que, quoi qu'il en soit, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2009. Au bénéfice de ces explications, la chambre des assurances sociales de la Cour admet le recours, annule la décision du 3 novembre 2010 et dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPG A ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet, annule la décision du 3 novembre 2010 et dit que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2009. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul du montant de la rente. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 3'000 fr. en faveur du recourant. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Florence SCHMUTZ La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.