

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3323/2012

ATAS/567/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2013

2ème Chambre

En la cause

Monsieur M _____, domicilié à GENEVE, représenté par
PROCAP Service juridique

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1956, de nationalité suisse, célibataire, a obtenu en 1977 un certificat fédéral de capacité de libraire.
2. Il a travaillé en cette qualité auprès de diverses librairies jusqu'en 1983. Il a alors créé et géré en tant qu'indépendant une librairie spécialisée en arts visuels jusqu'à sa faillite en 1992. Ensuite, il a continué à travailler en tant que directeur et/ou gérant de librairie, à titre salarié, jusqu'en 1998 puis dans le marketing et la vente dans le domaine de la presse. Il a connu des périodes de chômage entre 1997 et 1999, en 2005 et en 2008-2009.
3. Ayant perdu son dernier emploi, l'assuré s'est inscrit au chômage en novembre 2010. Totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} mars 2011, il a alors bénéficié de prestations en cas de maladie de l'assurance-chômage. Le Dr A_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, a confirmé que l'assuré était totalement incapable de travailler du 1^{er} mars au 1^{er} mai 2011 (avis du 14 avril 2011).
4. L'assuré a bénéficié de mesures cantonales du chômage dès le mois de juin 2011. Il a été placé sous contrat PCEF pour une durée de 12 mois dès le 6 juin 2011 en qualité d'employé administratif à 80% auprès de la caisse cantonale de chômage. Il a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail pour cause de maladie de la Dresse B_____ du 27 juin au 1^{er} juillet, du 13 au 15 juillet (vendredi), du 18 au 21 juillet et du 2 août au 30 septembre 2011. La mesure a été interrompue le 30 septembre 2011.
5. L'assuré a déposé le 20 juillet 2011 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en raison d'une maladie existant depuis 2006.
6. Selon la Dresse B_____, psychiatre de l'assuré depuis 2005, l'assuré souffre d'un trouble dépressif avec syndrome somatique (F33.111) depuis 1998. Il présente des angoisses diffuses avec des défenses projectives, du découragement, de la tristesse, un manque d'intérêt pour les activités agréables de la vie, une diminution de l'attention et de la capacité à réfléchir ainsi que des ruminations. Il entretient avec son entourage une relation conflictuelle avec des revendications phalliques qui le fixent dans un fonctionnement narcissique avec un sentiment de vide identitaire qu'il a tendance à combler avec un abus d'alcool. Sa capacité de travail est considérablement diminuée (rapport du 4 août 2011).
7. La Dresse B_____ a précisé le 15 novembre 2011 que son patient souffre d'angoisses diffuses aggravées par une dépression sévère, qu'il a tendance à traiter

avec l'abus d'alcool, refusant de prendre des psychotropes, qu'il ne supporte pas. La psychothérapie à raison de deux séances par semaine l'aide à mieux gérer les angoisses et les préoccupations somatiques. Il ne présente pas de limitation fonctionnelle et une expertise psychiatrique ne paraît pas nécessaire.

8. Le SMR estimant en décembre 2011 que les éléments transmis par le psychiatre-traitant ne sont pas suffisants pour déterminer le type de dépression et les effets durables justifiés sur la capacité de travail et qu'il convient, de plus, de déterminer si la dépendance à l'alcool est primaire ou secondaire, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr C_____, psychiatre.
9. Dans son rapport d'expertise du 19 avril 2012, le Dr C_____ retient les diagnostics de dysthymie à début précoce, trouble de l'humeur lié à la consommation d'alcool chronique, dépendance éthylique, personnalité avec des traits dépendants et narcissiques, qui sont sans répercussion sur la capacité de travail. Le patient ne présente pas de symptomatologie anxiodépressive, mais tout au plus un fond dysthymique. S'agissant de la capacité de travail, l'assuré fait de nombreuses recherches d'emploi et ne paraît guère limité, les pathologies psychiatriques n'étant pas invalidantes. Au niveau éthylique, l'assuré ne manifeste aucune volonté de contrôler sa consommation d'alcool. Le médecin-traitant propose une approche psychanalytique, ce qui explique probablement la discordance d'appréciation avec l'expert, car le médecin-traitant fait surtout des hypothèses psychanalytiques et ne se base pas sur des éléments objectifs s'agissant d'apprécier la capacité de travail. L'assuré indique consommer de l'alcool depuis l'âge de 22 ans, jusqu'à 5 à 6 litres de bière/jour, et l'expert relève qu'il a travaillé sans limitation jusqu'en 2010, date de son licenciement. Actuellement, il boirait 4 à 5 bières par jour et un l (dl?) de vin par jour. L'assuré décrit quelques épisodes dépressifs à la suite de sa faillite en 1992, après la perte d'un travail dans une librairie en 2007 et lors de son chômage débutant en 2010. Sur conseil de connaissances, il a entrepris une psychothérapie/psychanalyse chez la Dresse B_____. L'expert fait passer à l'assuré des tests psychométriques qui présentent une mauvaise concordance, de sorte que les résultats sont jugés surcotés par l'expert. Le "Hamilton 17" plaide pour une symptomatologie dépressive inexistante voire légère, en concordance avec l'examen clinique, alors que le "Beck 21" donne un score d'une dépression sévère. S'agissant de l'anxiété, l'un des tests plaide pour une anxiété mineure alors que l'autre permettrait de retenir des traits paranoïaques et psychotiques. L'expert retient donc une tendance à la majoration et à l'amplification des symptômes, ce qui explique par avance la discordance potentielle entre le médecin-traitant et l'expert. S'agissant de l'examen clinique, l'assuré ne présente pas de foetor éthylique, ni trouble de la concentration, de la mémoire ou de la fixation. La symptomatologie dépressivo-anxieuse est minime.
10. La Dresse D_____, du SMR, a estimé le 11 juin 2012 que, conformément à l'expertise du Dr C_____, l'assuré ne présentait aucune atteinte psychiatrique

incapacitante au sens de l'AI. Aucune symptomatologie dépressive manifeste n'est retenue et la dépendance éthylique est considérée comme primaire, même si la consommation a eu lieu durant des périodes existentiellement difficiles.

11. Par projet du 18 juin 2012, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré.
12. Ce dernier a formulé des objections le 21 août 2012. Il estime que l'expertise du Dr C_____ est contradictoire et, partant, n'est pas probante. Il a toujours été actif professionnellement jusqu'en 2010 ce qui paraît déjà fort peu compatible avec la consommation éthylique mentionnée par le Dr C_____ dès l'âge de 22 ans. Il a été capable de retrouver une situation professionnelle après sa faillite en 1992, mais l'expert n'a pas correctement apprécié l'état dépressif consécutif à la perte du travail en 2007 puis à la séparation d'avec son épouse en 2008. Alors que l'expert retient une hérédopathie familiale de dépendance à l'alcool et un lien indiscutable entre la consommation éthylique et les troubles dépressifs, on ne peut pas retenir de dépendance primaire, laquelle n'a, quoi qu'il en soit, jamais atteint le niveau retenu par le Dr C_____. L'assuré conclut à la mise sur pied d'une contre-expertise qui permettra de départager les avis spécialisés du Dr C_____ et du médecin-traitant.

Il produit un courrier de la Dresse B_____ du 17 août 2012 qui estime que son patient devrait obtenir une rente partielle de l'AI. L'assuré a dû être placé à l'âge de six mois, lors d'un accident subi par sa mère. Il a grandi dans un milieu marqué par l'abandon et la phobie de la séparation et, entré dans l'âge adulte, il s'est installé dans un fonctionnement qui consiste à utiliser l'alcool comme écran entre lui et ses émotions. La dépendance est fluctuante et en rapport avec une hérédopathie familiale. Bien que la psychiatre le suive plusieurs fois par semaine depuis maintenant sept ans, il présente toujours, par intermittence, des angoisses diffuses et des défenses projectives, ce qui témoigne de conflits psychiques envahissants qui débouchent sur des liens conflictuels et des explosions de colère. Alors qu'il s'agit d'une personnalité fragile, la faillite de sa librairie en 1992 a présenté un bouleversement de nature à l'ancrer dans un manque de confiance qui explique en partie son éthyliisme, handicap tant social que professionnel. Il ne s'agit nullement d'hypothèses psychanalytiques, mais de facteurs tout à fait concrets. Le psychiatre-traitant adhère au diagnostic retenu par le Dr C_____ mais s'en écarte quant à ses conséquences. L'assuré présente une névrose importante, doublée d'une phobie sociale qui compromet ses chances d'insertion professionnelle. Il est illusoire de prévoir qu'il poursuive son travail dans le marketing, comme suggéré par l'expert, car cette activité l'a conduit au bord du gouffre et, vu sa situation particulière, il faudrait lui trouver un emploi fait sur mesure, avec des pistes intéressantes dans le domaine artistique. Il s'agit d'une personnalité de type borderline. La dépendance à l'alcool est secondaire, preuve en est que lorsque la psychothérapie est suspendue, elle est accrue. Le patient investit bien la psychothérapie qui est actuellement faite à raison de deux fois par semaine. Les psychotropes induisent un état confusionnel et

provoquent des nausées. En échec professionnel depuis 20 ans, l'assuré est découragé, en bout de course et souffre d'un vide identitaire important.

13. Selon l'avis du SMR du 13 septembre 2012, le rapport médical de la Dresse B_____ n'apporte pas d'élément en faveur d'une aggravation survenue après l'expertise du Dr C_____. D'ailleurs, le médecin-traitant partage l'avis de l'expert s'agissant des diagnostics, sauf en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, qui serait secondaire et non primaire et elle est surtout en désaccord s'agissant des répercussions des atteintes psychiatriques sur le fonctionnement et la capacité de travail. Le médecin-traitant n'explique pas pourquoi la névrose et les traits de personnalité pathologique qu'elle retient auraient tout de même permis à l'assuré de mener une vie professionnelle jusqu'en 2007 voir jusqu'en 2010. L'impasse professionnelle dans laquelle se trouve l'assuré semble principalement être associée à des facteurs non médicaux. L'avis du médecin-traitant est donc clairement une appréciation différente de celle de l'expert d'une même situation.
14. Par décision du 3 octobre 2012, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à des prestations d'invalidité.
15. L'assuré a formé recours le 5 novembre 2012. Il conclut à l'annulation de la décision, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et à ce que le droit à des prestations soit constaté. En substance, il fait valoir que les éléments médicaux ressortant des rapports médicaux de la Dresse B_____ et du rapport du Dr C_____ sont totalement contradictoires et ne permettent pas de se déterminer valablement sur la question de la gravité des troubles présentés ainsi que sur leur caractère invalidant. Outre les contradictions déjà relevées concernant le rapport du Dr C_____, l'assuré ajoute que l'expert a mal apprécié les angoisses et troubles psychologiques de sa petite enfance, n'a pas abordé la question des plaintes somatiques et a sous-évalué l'importance des troubles dépressifs, qui expliquent son incapacité à se réinsérer professionnellement suite à la perte de son dernier emploi, malgré d'excellentes qualifications professionnelles. Au surplus, l'expert a occulté les problèmes anxieux de l'assuré. Une contre-expertise est donc indispensable pour départager les avis spécialisés mais contradictoires. A ce sujet, l'avis du SMR n'éclaire en rien l'absence d'instruction puisqu'il ne s'agit pas pour la Dresse B_____ d'apporter des éléments d'aggravation postérieurs à l'expertise, mais uniquement de révéler que les conclusions de l'expert ne sont pas probantes.
16. L'OAI a conclu, le 10 janvier 2013 au rejet du recours. Il estime que le rapport du Dr C_____ a pleine valeur probante et que le rapport du médecin-traitant du 17 août 2012 n'apporte aucune constatation nouvelle déterminante pour l'évaluation de l'état de santé du recourant, de sorte que le dossier permet de statuer sans instruction complémentaire.

17. L'assuré a répliqué le 4 février 2013, reprenant la même argumentation. Alors que le Dr C _____ peine à comprendre pourquoi les éléments phalliques et conflictuels pourraient justifier une baisse de la capacité de travail chez un assuré qui a œuvré jusqu'en 2010, ces éléments plaident toutefois indiscutablement pour une décompensation des troubles préexistants après la perte du dernier emploi, notamment des traits de personnalité narcissique. Il reprend pour le surplus l'appréciation de son psychiatre-traitant.
18. La Dresse B _____ ayant refusé de témoigner, invoquant la préservation du lien thérapeutique, elle a été questionnée par écrit afin de déterminer, objectivement, les limitations consécutives aux troubles psychiatriques qui entravent la capacité de travail de l'assuré, la fréquence et l'intermittence des angoisses, la capacité de travail résiduelle de l'assuré et l'évolution de l'état de santé psychique. Elle indique que son patient souffre d'un sentiment envahissant de tensions et d'appréhensions excessives et d'une préoccupation d'être critiqué et rejeté, ayant peur de ne pas pouvoir se débrouiller. Les angoisses diffuses se présentent surtout à la fin du mois, avec un sentiment de vide et de perte d'espoir d'améliorer sa situation financière. La capacité de travail est diminuée depuis 2008 et la capacité résiduelle est de 30 % à 40 %. L'état de santé psychique s'est aggravé depuis les différents échecs d'insertion professionnelle et particulièrement suite à la difficulté de trouver en emploi dans sa profession de libraire.
19. Lors de l'audience du 26 février 2013, l'assuré a été entendu. Suite à la faillite de sa librairie en 1991, il a toujours travaillé à mi-temps, car il se trouve dans un état de dépression latente depuis 1992 et a besoin de temps pour pouvoir travailler sur lui-même, afin notamment de ne pas consommer excessivement d'alcool. C'était une sorte de thérapie personnelle, car il n'était alors pas encore suivi par un psychiatre. Lorsqu'il était indépendant, il travaillait à plus de 100% et auparavant, sauf durant une courte période, il a toujours travaillé à plein temps. Après son emploi chez YA _____, qui a pris fin en 2004, il a travaillé à 50% chez X _____, en gain intermédiaire, tout en percevant des indemnités de chômage, car certaines entreprises actives dans la presse préfèrent employer des salariés à 50%. Il n'a plus eu de travail depuis 2008, sauf un remplacement de deux mois chez X _____ fin 2010, un bref emploi à la librairie Y _____ en 2008 et quelques mois de démarchage en 2010. En 2011, il a suivi des mesures cantonales par un placement à l'Etat, pour un salaire de misère, de 10 fr. 25/heure, soit moins qu'une femme de ménage, ce qui a ravivé sa dépression latente. En 2012, il a travaillé à 25% de mars à juin 2012 dans une librairie d'un centre commercial, mais le poste n'a pas pu être maintenu pour des raisons budgétaires. Actuellement, il n'a ni l'énergie ni la motivation pour retrouver un emploi et il n'y a aucun poste qui correspond à sa formation de libraire, le domaine étant sinistré. Il a donc besoin d'une formation, mais vu son âge, il serait disproportionné d'entreprendre une formation sur trois ou quatre ans.

Par rapport aux années 2000-2004, il n'a plus la même capacité de travail, souffre d'angoisses, de difficultés de mémoire et de concentration et d'un épuisement psychique. Si son salaire s'est élevé à plus de 75'000 fr. de 2001 à 2003, c'est en raison du fait qu'il était notamment payé au résultat et qu'il était un excellent vendeur. A la réflexion, il se peut par ailleurs qu'il ait travaillé à 75% plutôt qu'à 50%. Il a entrepris une psychanalyse en 2005 auprès de la Dresse B_____, à raison de trois puis deux à trois séances par semaine, car on ne suit pas une psychanalyse avec une séance toutes les trois semaines. Il ne souhaite pas prendre de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs, sauf éventuellement homéopathiques, car cela ne résout pas les origines et les causes des blessures et ne permet pas de comprendre les problèmes. Par ailleurs, il estime que ce type de médicaments est mauvais pour la santé physique, tout en ayant conscience du point de vue selon lequel ils peuvent éventuellement améliorer les difficultés de concentration et la capacité de travail. Il a eu des effets secondaires cutanés et n'a pas tenté un autre produit. Le travail sur le plan psychologique prend plus de temps, mais le résultat est meilleur. S'agissant de la consommation d'alcool, le Dr C_____, qui ne l'a vu que 2 heures et demie, a mal compris. Il consomme de l'alcool depuis l'âge de 18 ans et en 2004, lorsqu'il a perdu son emploi, il a repris une consommation très excessive, progressivement diminuée grâce à la thérapie initiée en 2005. Depuis environ deux ans, il ne consomme qu'une à deux bières par semaine et quelques verres de vin le week-end.

A l'issue de l'audience, un délai a été imparti aux parties pour se déterminer, la cause étant ensuite gardée à juger.

20. Par pli du 22 avril 2013, l'assuré persiste dans ses conclusions. Compte tenu d'une incapacité de travail de l'ordre de 70 %, le droit à une rente entière doit être reconnu au recourant mais, dans la mesure où le recourant semble disposer d'une capacité de travail résiduelle, son droit à des mesures d'ordre professionnel doit être examiné. Il convient de mettre en œuvre une expertise psychiatrique si la Cour n'est pas convaincue des réponses de la Dresse B_____, l'expertise du Dr C_____ n'étant pas probante, puisqu'il s'est attaché à décrire une alcoolodépendance, alors que l'assuré ne souffre plus de ce problème depuis plusieurs années.
21. Par pli du même jour, l'OAI a persisté dans ses conclusions et produit l'avis du SMR du 11 juin 2012 qui relève que l'assuré connaît des préoccupations financières et professionnelles, mais qu'aucune atteinte à la santé n'est mise en avant.
22. Il ressort de l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré que ce dernier a travaillé, notamment, pour Z_____ de novembre 1980 à janvier 1982 pour un salaire d'environ 28'000 fr. par an. Il a ensuite réalisé quelques revenus auprès de divers employeurs en 1982, travaillé pour la librairie V_____ de décembre 1982 à mars 1983 puis travaillé de septembre 1983 à janvier 1984 auprès de la

Direction des Ressources Humaines de la Ville de Genève. L'assuré a réalisé des revenus d'indépendant dès 1984. La première année, ces revenus ont été complétés par quelques salaires et des indemnités de chômage. De 1985 à 1989, le revenu d'indépendant s'est élevé à 21'200 fr. par an. En 1990 et en 1991, l'assuré a perçu un revenu de 39'000 fr. respectivement 16'000 fr. de W_____ SA. De mai 1992 à février 1994, l'assuré a perçu des salaires de XA_____ qui, annualisés, s'élèveraient à 31'000 fr. Après une période de chômage de mars 1994 à septembre 1995, l'assuré a été salarié d'une librairie d'architecture pour un salaire annuel oscillant entre 42'000 et 55'000 fr., et ce de septembre 1995 à février 1997. Après une nouvelle période de chômage d'avril 1997 à mars 1999, l'assuré a été engagé par YA_____ jusqu'en septembre 2004, pour un salaire annuel en augmentant de 39'000 à 59'000 puis 78'000 fr. par an. Dès novembre 2004, l'assuré a été salarié de X_____ SA, tout en percevant des indemnités de chômage, le cumul du salaire et des indemnités atteignant 58'000 à 60'000 fr. par an. De janvier 2008 à décembre 2010, l'assuré a travaillé quelques mois épars auprès de diverses librairies et perçu des indemnités de chômage.

23. La cause a été gardée à juger le 26 avril 2013.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A 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.

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des arts. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur le caractère invalidant des atteintes à la santé dont il souffrirait.
6. a) 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 1er janvier 2008).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

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. 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

c) A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure

de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

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

e) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

8. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'une expertise, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

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. 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).

c) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. a) 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).

b) 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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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).

10. En l'espèce, l'assuré estime qu'une expertise doit être ordonnée afin de déterminer, voire de confirmer l'avis de sa psychanalyste, selon laquelle il souffre d'un trouble psychique invalidant. Or, la Cour estime que les rapports médicaux produits suffisent pour trancher cette question. De plus, l'expertise judiciaire n'est pas destinée à départager l'expert et le médecin traitant, mais à déterminer l'état de santé et ses conséquences si les rapports médicaux au dossier ne le permettent pas. L'expertise du Dr C_____ est fondée sur un entretien avec l'assuré, les rapports médicaux du dossier et des tests psychométriques. Elle contient une anamnèse relativement détaillée, mentionne les plaintes du patient et détaille les constatations objectives. L'assuré est d'avis que l'expertise n'est pas probante pour deux motifs. D'une part, l'expert aurait fondé toute son analyse sur une dépendance à l'alcool inexistante. D'autre part, l'expert aurait mal apprécié l'état dépressif consécutif à sa perte de travail en 2007.

S'agissant de la dépendance à l'alcool, le psychiatre traitant retient aussi ce diagnostic, mais estime qu'il s'agit d'une dépendance secondaire et non pas primaire, au motif que celle-ci s'aggrave en l'absence de thérapie, ce qui n'est pas un critère pertinent. Ce qui est en revanche déterminant est l'absence de toute pathologie psychiatrique primaire et antérieure au début de l'alcoolisation vers 22 ans, ce qui permet de retenir que si dépendance à l'alcool il y a, elle est primaire. Ni l'expert, ni le psychiatre traitant ne retiennent que celle-ci aurait eu pour conséquence un trouble psychiatrique invalidant, qui persisterait en période d'abstinence. Au demeurant, en admettant que l'expert ait mal compris les explications de l'assuré, lequel serait presque abstinent actuellement, il en découle que ce diagnostic n'a plus lieu d'être. Dans le cas contraire, la Cour relèvera que l'assuré a travaillé à plus de 100% à son compte de 1984 à 1992. Puis il a à nouveau été pleinement capable de travailler à plein temps dès 1995, les salaires réalisés démontrant une activité à 100%, alors même que la faillite de 1992 avait entraîné une aggravation de sa consommation d'alcool. En cas de persistance de cette dépendance, il s'avère alors qu'elle n'est pas invalidante.

S'agissant de l'état dépressif de l'assuré, les conclusions de l'expert ne sont pas sérieusement remises en cause par le médecin traitant. Celle-ci fait état de quelques éléments de la lignée dépressive (tristesse, perte d'intérêt pour les choses agréables et rumination), qui ne sont pas suffisants pour retenir une dépression moyenne voire grave, qui ne sont pas retrouvés par l'expert et ne sont absolument pas manifestes en audience. La psychiatre traitante relève des angoisses "diffuses" et "par intermittence", mais surtout en fin de mois, en lien avec les difficultés financières éprouvées, un sentiment de tension en lien avec la crainte d'être critiqué, sans expliquer en quoi cela serait incompatible avec une activité lucrative. Au demeurant, si l'assuré souffrait d'un état anxio-dépressif, il serait exigible qu'il soit

traité de façon adéquate, y compris par la prise de médicaments, les objections à ce type de traitement étant totalement contradictoires (le psychiatre fait état d'état confusionnel alors que l'assuré parle d'éruptions cutanées), et relevant d'un choix personnel qui ne relève pas de l'assurance-invalidité (psychanalyse durant plus de sept ans pour "aller au fond des choses" et refus d'une tentative d'un autre médicament). De façon générale, les explications de la psychiatre traitante ne convainquent pas : si les difficultés de la petite enfance sont essentielles à analyser dans le cadre d'une psychanalyse, elles n'impliquent pas nécessairement de pathologie invalidante. L'état thymique de l'assuré ne l'a pas empêché de reprendre une activité après le licenciement de 2007 et le temps partiel n'était pas dû à une incapacité de travail mais au marché de l'emploi et/ou à des choix personnels de l'assuré. L'absence de poste de travail dans le domaine de la librairie est certes décevante, mais n'a pas empêché l'assuré de retrouver du travail dans le domaine parallèle de la distribution et le souhait de laisser son patient s'épanouir dans une activité artistique faite sur mesure n'est pas justifié par une maladie psychiatrique invalidante qui ne permettrait que ce type d'occupation. Finalement, si l'assuré a estimé vexatoire d'être "rémunéré" au tarif d'une femme de ménage lors de la mesure de l'assurance-chômage, il est regrettable que cela ait immédiatement donné lieu à un arrêt de travail – alors qu'il avait été estimé apte à participer à cette mesure tant par son psychiatre que par l'assurance-chômage - au vu de l'état du marché du travail et des chances accrues d'un retour à l'emploi après une mesure concrète. Ainsi, au vu de l'expertise et des rapports médicaux du psychiatre traitant, la Cour estime qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré n'est affecté d'aucune pathologie psychiatrique invalidante.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

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