

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4010/2008

ATAS/533/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mai 2011

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur F _____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric BEAUMONT

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane
CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1958, arrivé en Suisse en mars 1981, a exercé la profession de maçon auprès de X_____ SA jusqu'au 30 novembre 2001 (pièce 1 intimé).
2. Les 1^{er} et 11 décembre 2001, l'assuré a fait deux infarctus du myocarde. Depuis lors, il n'a plus repris son activité (pièce 8 intimé, p. 46ss).
3. Le 30 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI), visant l'octroi d'une rente ou d'un reclassement dans une nouvelle profession (pièce 1 intimé).
4. Dans un rapport établi le 21 février 2003, le Dr L_____, généraliste, a fait mention des diagnostics suivants : une lombalgie invalidante sur la base d'une discopathie étagée, une sténose du canal lombaire étagée et une sténose foraminale en L5-S1 présentes depuis 2000, ainsi qu'un état anxio-dépressif, un éthylisme chronique, une pré-cirrhose et une insuffisance de la circulation artérielle des membres intérieurs présents depuis 1998. Le médecin a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : un status post-infarctus du myocarde antéro-septal sur maladie coronarienne d'un vaisseau (IVA 100%) le 11 décembre 2001 et une insuffisance artérielle du membre inférieur droit, grade I.

Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 20 novembre 2001 et souligné que l'état de santé de l'assuré allait en s'aggravant.

Le Dr L_____ a ajouté que l'assuré avait débuté une cure de sevrage.

Il a relaté que son patient se plaignait d'insomnies et de réveils fréquents dus à des cauchemars et à des douleurs lombaires. Le patient se déclarait persuadé qu'il allait mourir brusquement, se disait incapable de marcher plus de 300 à 400 mètres, en raison de crampes dans la jambe gauche et de douleurs au bas du dos et ne pouvait non plus rester assis plus d'une demi-heure sans changer de position.

Le Dr L_____ a émis un pronostic défavorable et exprimé l'opinion qu'aucune activité n'était plus exigible, étant précisé que l'assuré n'avait pas les capacités intellectuelles nécessaires pour exercer une autre profession que la sienne (pièce 13 intimé, p. 1, 2 et 26).

5. Par courrier du 16 juillet 2004, le Dr L_____ a informé l'OAI qu'il n'avait plus vu l'assuré depuis le 30 octobre 2003 (pièce 34 intimé, p. 2).

6. Le 30 novembre 2004, ce médecin a cependant précisé que l'état de santé de l'assuré était pratiquement resté inchangé entre le 21 février et le 30 octobre 2003. A cette date, les limitations étaient superposables à celles précédemment constatées. La capacité de travail était nulle, même dans une activité légère (pièce 42 intime, p. 2).
7. Dans un rapport du 28 novembre 2005, la Dresse M_____ spécialiste FMH en médecine interne exerçant auprès du Service des maladies infectieuses des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a retenu les diagnostics suivants : un infarctus du myocarde antérieur sur occlusion de l'IVA (inter-ventriculaire antérieure - artère coronaire) proximale en 2001, une HIV (immunodéficience humaine virale) stade A2 traitée depuis 2004, une dépendance à l'alcool et une arthrose dorso-lombaire évoluée. Le médecin a confirmé qu'aucune activité n'était plus exigible de l'assuré dont elle a qualifié l'état général de mauvais, expliquant que l'intéressé faisait preuve de négligence et n'avait qu'une compréhension limitée du pronostic des maladies dont il était atteint; l'assuré, dans la misère sociale, faisait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse en raison de laquelle le pronostic était réservé à moyen terme (pièce 53 intime).
8. L'OAI a confié une expertise au Département de médecine communautaire des HUG. Les Drs N_____, O_____ et P_____ ont rendu leur rapport en date du 14 mars 2006.

Ils ont conclu à des troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool avec syndrome de dépendance de longue date, péjorés depuis 2001, ainsi qu'à un état dépressif depuis 2001. Ils ont également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une cardiopathie ischémique chronique depuis 2001, une HIV depuis 2004 et une lombalgie basse présente de longue date.

L'éthylisme a été évalué par un questionnaire AUDIT auquel l'assuré a obtenu un score montrant une dépendance nette à l'alcool. Celle-ci était grevée d'un état dépressif.

Les médecins ont rappelé que selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression est présente chez 80% des patients alcoolodépendants non sevrés, mais qu'après sevrage et abstinence de quatre semaines, ce chiffre retombe à 5% pour les hommes. Ils en ont tiré la conclusion qu'après un sevrage et un laps de temps de trois à quatre semaines, un traitement antidépresseur pourrait être introduit si les symptômes dépressifs persistaient.

Quant aux plaintes ostéo-articulaires de l'assuré, non corrélées à l'examen clinique, ils ont émis l'hypothèse qu'elles pouvaient être induites ou tout au moins aggravées par l'état dépressif, dans le cadre d'une somatisation, et que l'abstinence et l'amélioration de l'humeur auraient certainement un impact positif sur ces douleurs articulaires.

Au plan physique, les médecins n'ont mis en évidence aucune limitation objective du point de vue cardiaque, artériel ou ostéo-articulaire.

Quant à la séropositivité de l'assuré, ils ont souligné qu'elle ne constituait pas un motif de limitation de la capacité de travail.

Au plan psychique en revanche, les médecins ont admis l'existence de limitations majeures : l'alcool-dépendance était incompatible avec la profession de l'assuré, au vu des risques de blessures encourus sur un chantier; l'état dépressif était également une limitation en raison de l'impact sur la concentration et la productivité de l'assuré. Les médecins ont cependant souligné qu'un sevrage bien conduit suivi d'une prise en charge ultérieure de l'état dépressif pourrait améliorer la situation et permettre, en théorie, une récupération au moins partielle de la capacité de travail.

Depuis 2001, le patient était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité et aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable.

A été jointe au rapport une évaluation psychiatrique établie le 28 juillet 2006 par la Dresse Q_____, cheffe de clinique auprès de l'Unité de psychiatrie de liaison des HUG. Cette dernière a diagnostiqué un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, des troubles mentaux et comportementaux liés à la consommation d'alcool et une dépendance au tabac. Le médecin a expliqué que l'état dépressif sévère de l'assuré s'était aggravé par la consommation régulière d'alcool, probablement secondaire aux problèmes somatiques et au décès de son père, survenu en 2005. Un traitement antidépresseur s'avérait indispensable. Le médecin a précisé que pour obtenir un bon résultat, un sevrage, voire une diminution importante de la consommation d'alcool journalière s'avérait nécessaire et que ce sevrage devrait s'organiser dans un milieu hospitalier, ce à quoi l'assuré se refusait. Il avait en revanche accepté de prendre un traitement antidépresseur dont il espérait qu'il pourrait l'aider à se sentir moins triste et à mieux dormir, mais ne s'était malheureusement plus présenté aux rendez-vous proposés. Actuellement, le médecin a conclu à une totale incapacité de travail. Une nouvelle évaluation de la capacité de travail pourrait être effectuée, si un traitement antidépresseur était pris de façon régulière et si un sevrage était organisé (pièces 61 et 63 intime).

9. Interpellées par le médecin-conseil de l'OAI, les Dresses R_____ et S_____, médecins auprès du Département de médecine communautaire et de premier recours des HUG, ont, par courrier du 6 février 2007, confirmé que l'assuré souffrait d'un état dépressif sévère aggravé par sa consommation régulière d'alcool, probablement secondaire à ses problèmes somatiques et au décès de son père en 2005. L'éthylisme chronique n'avait à leur connaissance pas entraîné de conséquences physiques importantes, exceptée une hépatomégalie avec stéatose hépatique diffuse importante, qui nécessitait un suivi médical. L'assuré n'étant plus suivi dans leur unité depuis plusieurs mois, les médecins étaient dans l'impossibilité

de fournir des précisions sur l'évolution de son état de santé et sur son traitement médicamenteux actuel ; il ressortait du dossier qu'un traitement de Plavix et de Zestril était en cours en septembre 2006 (pièce 73 intimé).

10. Le 10 août 2007, la Dresse T_____, chef de clinique au Département de médecine communautaire et unité d'alcoologie des HUG, a établi un rapport confirmant les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique présent depuis 2001 et de troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool avec syndrome de dépendance depuis 2000 environ. Les diagnostics supplémentaires déjà évoqués par les Drs H. N_____, M. O_____ et C. P_____, ont également été confirmés, tout comme le fait qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

L'état de santé de l'assuré a été qualifié de stationnaire. Le médecin a émis l'avis que la capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales.

Le médecin a précisé que le traitement de l'assuré avait débuté en date du 27 avril 2007, suite à un sevrage d'alcool en milieu hospitalier du 26 mars au 2 avril 2007, lequel s'était déroulé sans complication, toutefois, la consommation d'alcool avait rapidement été reprise dès sa sortie de l'hôpital. L'assuré avait toutefois réussi à cesser toute consommation durant la semaine au prix d'un grand isolement social, puisque la seule manière pour lui de ne pas consommer d'alcool consistait à ne pas sortir de chez lui. Il exprimait à quel point il était découragé, notamment par l'ampleur des changements sociaux qu'impliquait pour lui l'abstinence. Il ne montrait toutefois aucun signe de manque physique.

Le médecin a indiqué qu'il était trop tôt pour émettre un pronostic en ce qui concernait la dépendance à l'alcool. Le patient rencontrait encore des difficultés suite au changement de vie qu'impliquait l'idée d'une abstinence complète. Les progrès effectués participaient à une meilleure image de lui-même et à une discrète amélioration de sa thymie.

Pour l'heure, l'assuré était encore en totale incapacité de travail tant dans sa précédente activité lucrative que dans toute autre activité lucrative, en raison de son état dépressif et de sa dépendance chronique à l'alcool.

Le médecin a suggéré de procéder à une nouvelle évaluation si une abstinence complète pouvait être obtenue et en fonction de l'évolution de l'état dépressif concomitant (pièce 86 intimé).

11. Interrogé par l'OAI, la Dresse T_____ a précisé, en date du 23 janvier 2008, que l'assuré n'était pas suivi dans le service sur le plan psychiatrique, étant précisé qu'il avait accepté une nouvelle évaluation par le psychologue de l'Unité d'alcoologie plutôt dans le contexte d'un soutien en terme de prévention de rechute

de consommation d'alcool. Il s'était déjà rendu à son premier rendez-vous (pièce 95 intimé).

12. Le 5 février 2008, le Dr U_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), auquel le dossier de l'assuré a été soumis, a émis l'avis que les atteintes lombaire et cardiaque ne justifiaient d'incapacité de travail qu'en cas d'activité physique. La séropositivité de l'assuré n'entraînait quant à elle pas de limitation particulière et le trouble dépressif ne nécessitait aucun traitement particulier, ce dont il a tiré la conclusion que ce trouble ne présentait pas un degré de gravité notable et n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Enfin, l'alcoolisme ne s'accompagnant pas de conséquences notables et durables, il ne relevait pas de l'AI.

Le médecin a conclu à une capacité de travail entière depuis 2001 dans un travail simple et léger physiquement et n'impliquant ni risque infectieux ni exposition à l'alcool (pièce 97 intimé).

13. Le 6 juin 2008, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a reconnu à l'assuré le droit à une mesure d'orientation professionnelle, afin de déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle (pièce 102 intimé).
14. En date du 28 août 2008, l'assuré a été reçu par un réadaptateur de l'OAI pour un entretien. Il résulte du compte-rendu d'entretien que l'assuré estimait qu'il n'était plus en mesure de travailler et qu'il avait indiqué à plusieurs reprises qu'au vu de ses nombreuses atteintes, il n'existait aucune possibilité d'emploi et qu'aucun employeur ne l'engagerait. Il a ajouté qu'il était prêt à essayer de suivre un stage s'il lui était imposé, mais a précisé qu'en cas de douleurs, il interromprait la mesure immédiatement. Le réadaptateur a ainsi estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur pied des mesures professionnelles (pièce 105 intimé).
15. Dans un rapport du même jour, le réadaptateur de l'OAI a procédé à une comparaison des revenus sans et avec invalidité, laquelle avait mis en exergue un degré d'invalidité de 27% (pièce 106 intimé).
16. Le 2 septembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. En effet, après comparaison des revenus avant et après invalidité (62'099 fr., respectivement 45'506 fr.), le degré d'invalidité obtenu - 27% - était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. En outre, une mesure d'ordre professionnel n'était pas indiquée vu le manque de motivation de l'assuré qui ne disposait quoi qu'il en soit d'aucune certification reconnue. L'OAI estimait qu'il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles à l'assuré, sans qu'une formation professionnelle soit nécessaire. En revanche, il précisait que, sur demande expresse, l'assuré pourrait bénéficier d'une mesure d'aide au placement (pièce 109 intimé).

17. Le 7 octobre 2008, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens (pièce 110 intimé).

18. Par écriture du 7 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière.

Il fait valoir que le rapport du SMR du 5 février 2008, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre sa décision, ne saurait se voir reconnaître de valeur probante dans la mesure où il est en totale contradiction avec de nombreux rapports versés au dossier, notamment celui des experts du Département de médecine communautaire des HUG, qui ont constaté que les atteintes à sa santé physique et psychique entraînaient une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée.

19. Le 2 décembre 2008, le recourant a produit un certificat du 12 novembre 2008 de la Dresse V _____, médecin au Centre de thérapies brèves de la Servette, attestant du fait qu'elle l'avait suivi du 26 mars au 2 avril 2007 dans le cadre d'un sevrage.

20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 février 2009, a conclu au rejet du recours.

L'intimé allègue avoir découvert que l'assuré aurait travaillé clandestinement chez son ancien employeur de janvier à octobre 2003. L'intimé fonde cette allégation sur le fait que le recourant a été surpris procédant à une coupe de carrelage sur un chantier de son ancien employeur en date du 31 janvier 2004, lors d'un contrôle de la Commission paritaire de surveillance des métiers.

Pour le reste, l'intimé relève que le recourant n'est pas régulièrement suivi sur le plan psychiatrique. Selon lui, le problème d'alcool est au premier plan et qu'il n'y a aucun élément clinique permettant de conclure que cet éthylysme aurait des conséquences importantes persistant même après un sevrage.

21. Le 20 avril 2009, le recourant a répliqué en contestant avoir déployé la moindre activité chez son ancien employeur, produisant à cet égard ses fiches de salaire des mois de janvier à septembre 2003, période pendant laquelle il a été empêché de travailler et durant laquelle il a reçu des indemnités de l'assurance perte de gain (pièce 28 recourant). Le recourant explique que le 31 janvier 2004, il était tout simplement allé déjeuner avec un ancien collègue. Il relève qu'il n'était d'ailleurs pas habillé de manière adéquate pour se livrer à une activité de chantier et demande la production du rapport établi par la commission suite au contrôle en question.

22. Le 12 août 2009, l'intimé a indiqué que le rapport d'intervention de la Commission paritaire de surveillance des métiers, daté du 31 janvier 2004, figurait au nombre des pièces transmises au Tribunal cantonal des assurances sociales (pièce 30 intimé, p. 2).

23. Par courrier du 24 août 2009, le recourant a persisté dans les termes de son recours.
24. Par courrier du 11 janvier 2010, l'OAI a produit le rapport d'intervention de la Commission paritaire de surveillance des métiers du gros œuvre & du second œuvre de Genève.
25. Interpellé par le Tribunal cantonal des assurances sociales, Monsieur G_____ a indiqué, en date du 19 février 2010, qu'il n'avait jamais eu d'employé. Il a expliqué que le recourant était un ami et qu'il était venu le voir un samedi sur son chantier; ils étaient allés déjeuner ensemble; après le repas, ils avaient poursuivi la conversation sur le chantier où lui-même devait terminer quelques travaux. Monsieur G_____ a indiqué avoir d'ailleurs contesté le rapport d'intervention de la Commission de surveillance des métiers, mais n'avoir pas conservé de copie de son opposition.
26. En date du 19 février 2010, X_____ SA a confirmé que le recourant avait été en arrêt de travail du 1^{er} décembre 2001 au 30 septembre 2003, date à laquelle son contrat de travail avait pris fin.
27. Par courrier du 22 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a sollicité de la Commission paritaire des métiers du second œuvre la production de la copie de la contestation de Monsieur G_____.
28. Par courrier du 25 mars 2010, ladite Commission a répondu qu'en 2004, l'activité de carrelage relevait du gros-œuvre, raison pour laquelle elle avait transmis la demande du Tribunal à la Commission paritaire du gros œuvre.
29. En date du 23 septembre 2010, cette dernière a indiqué que Monsieur
30. G_____ n'avait pas contesté par écrit le rapport d'intervention du 31 janvier 2004.
31. Informées par le Tribunal cantonal des assurances sociales qu'une expertise était envisagée, qui serait confiée au Dr W_____, les parties, dans le délai qui leur a été fixé, n'ont fait valoir aucun motif de récusation et se sont exprimées sur les questions à poser à l'expert.
32. Par ordonnance du 4 octobre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ainsi confié au Dr W_____ la tâche d'établir une expertise psychiatrique, après examen du recourant.
33. En date du 23 décembre 2010, le Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise et a retenu les diagnostics suivants : un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25).

L'expert a considéré que l'état dépressif sévère présent depuis l'infarctus du myocarde (2001) entraînait une incapacité de travail de 100%. Quant à la dépendance à l'alcool, il n'a pas pu déterminer quel était son impact sur la capacité de travail du recourant, dans la mesure où ce dernier n'était pas imprégné d'alcool lors des entretiens et avait toujours pu assumer ses obligations professionnelles. L'expert a fait remarquer qu'une éventuelle limitation de la capacité de travail en rapport avec la consommation d'alcool pourrait quoi qu'il en soit être améliorée par un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent.

En définitive, l'expert a conclu à une totale incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée depuis le 1^{er} décembre 2001, en raison de l'état dépressif sévère. Il a émis l'avis que, même dans l'hypothèse d'une amélioration de la symptomatologie dépressive et de la dépendance, le recourant ne disposerait pas de ressources suffisantes pour s'adapter à une activité adaptée à ses limitations physiques.

L'expert a précisé que ses conclusions auraient été identiques à la date de décision de l'OAI, soit le 7 octobre 2008.

Quant à son pronostic, il l'a réservé tant sur la question d'une reprise d'activité que sur celle d'une possible amélioration de l'état de santé de l'intéressé.

34. Par écriture du 31 janvier 2011, le recourant a persisté dans ses conclusions.

35. Quant à l'intimé, il a fait de même par écriture du 2 février 2011.

L'intimé soutient que le rapport d'expertise du Dr W_____ ne peut se voir reconnaître aucune valeur probante, au motif que des éléments d'anamnèse auraient été mêlés aux diagnostics posés et constatations cliniques.

L'intimé ajoute que la dépendance et la consommation d'alcool n'ont pas été évaluées à l'aide de tests idoines, et en tire la conclusion qu'il est impossible de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

Il relève que d'autres rapports ont permis de conclure à un alcoolisme primaire ayant certes entraîné un état dépressif mais dont il a été relevé qu'il était susceptible de s'amender en cas de sevrage.

L'intimé produit à l'appui de sa position un avis émis le 11 janvier 2011 par la Dresse A_____, médecin au SMR, expliquant notamment que le diagnostic d'épisode dépressif ne peut être retenu en présence d'une consommation anormale d'alcool eu égard aux critères diagnostiques énumérés sous « F32, G3 » (CIM-10) et reprochant au Dr W_____ de n'avoir explicité ni les critères pour reconnaître les diagnostics posés ni les critères d'exclusion. Selon elle, l'expert se contredit par ailleurs en indiquant d'une part que l'alcoolisme n'a pas entraîné de

maladie et en concluant d'autre part à des troubles cognitifs entraînant une diminution des capacités d'apprentissage. Enfin, la Dresse A_____ a émis des doutes sur le fait que l'expertise ait été conduite par le Dr W_____ - quand bien même ce médecin certifiait avoir examiné personnellement le recourant lors des deux entretiens et avoir dirigé l'expertise - attendu qu'un médecin assistant a également contresigné le rapport

36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 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).

Depuis 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 26 septembre 2010).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 7 octobre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et de celles du 26 octobre 2006 (5^{ème} révision), cependant, les faits pertinents remontent à l'année 2002. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au

regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le trouble dépressif et la dépendance à l'alcool du recourant sont invalidants et s'ils lui ouvrent droit à une rente d'invalidité.
5. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

b) D'après l'article 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA (art. 4 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

7. a) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance de l'intéressé constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral no 9C_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3).

b) 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 (arrêt non publié du Tribunal fédéral no 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

c) L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêts non publiés du Tribunal fédéral I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4).

d) L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

8. 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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

c) 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'un rapport médical, 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).

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

9. a) En l'espèce, la Cour de céans a mandaté le Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 23 décembre 2010. Ce médecin a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans

symptômes psychotiques (F32.2) et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25).

L'expert a expliqué que la dépression est intervenue suite à l'infarctus du myocarde dont l'assuré a été victime en 2001, et qu'elle a été dominée par la peur d'une mort imminente et des ruminations anxieuses centrées sur la mort. La dépression du recourant a été entretenue par les nouvelles exigences quant à sa prise régulière de plusieurs médicaments et à la restriction de faire certains efforts, puis par des lombalgies et une limitation à la marche, ce qui a aggravé, d'après l'expert, le sentiment d'inutilité et de dévalorisation éprouvé par l'intéressé. Enfin, la situation s'est aggravée avec la découverte d'une séropositivité et la perspective d'une mort lente liée au SIDA. L'expert a qualifié la dépression de l'assuré de sévère, eu égard à la durée et à la présence qualitative et quantitative des différents symptômes. Il a ajouté que l'alcool était connu pour avoir un effet dépressiogène et que son utilisation entretenait et aggravait la dépression.

Par ailleurs, l'expert a déterminé que le recourant souffrait d'une dépendance à l'alcool avec une utilisation continue, dépendance largement antérieure à l'incapacité de travail survenue en novembre 2001, l'assuré ayant déclaré qu'il buvait dès 9h du matin lorsqu'il travaillait sans que cela n'ait jamais eu d'influence sur son rendement. Cette dépendance n'a pas engendré de maladie et ne résulte pas d'une atteinte à la santé physique ou mentale, toutefois, elle a été accentuée par les conséquences psychiques des atteintes physiques multiples survenues après le premier infarctus. L'importance de la problématique alcoolique a, d'après l'expert, été surestimée par les médecins.

Pour ce qui est de l'absence de suivi et du refus de soins psychiatriques du recourant, ils doivent selon l'expert être mis en lien avec un sentiment de désespoir profond, une perte complète de perspective et de sens à la vie et un état de détresse majeur, dénotant à son avis un état dépressif grave. C'est aussi la conséquence de son incapacité à reconnaître son atteinte psychique et de la mauvaise structuration de sa personnalité (il agit plus qu'il ne réfléchit).

L'expert a conclu que le diagnostic de dépression sévère a entraîné une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} décembre 2001, quelle que soit l'activité envisagée. En revanche, il n'a pu déterminer l'impact de la dépendance à l'alcool sur la capacité de travail du recourant, étant précisé qu'une éventuelle limitation de la capacité de travail de ce fait pourrait quoi qu'il en soit être réglée par un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent.

b) La Cour de céans constate que l'expertise du Dr W_____ repose sur deux entretiens avec le recourant en dates des 2 et 15 novembre 2010, un entretien téléphonique du 16 décembre 2010 avec un médecin traitant et l'étude du dossier médical. L'anamnèse personnelle, familiale et médicale est suffisamment détaillée

et les plaintes du recourant ont également été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée et convaincante, attendu qu'elle explique les raisons pour lesquelles l'expert a retenu les diagnostics précités et admis une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives. Il convient notamment de relever que bien que la dépendance à l'alcool ait été accentuée par le trouble dépressif sévère du recourant, l'expert a souligné et explicité l'indépendance du trouble dépressif par rapport à la dépendance à l'alcool, le trouble dépressif étant intervenu suite aux deux infarctus et en raison d'une peur imminente ou lente de la mort. On comprend ainsi que la totale incapacité de travail retenue soit la conséquence du trouble dépressif. Il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise du Dr W_____.

En outre, l'appréciation de l'expert concorde en substance avec celles des médecins de l'Unité psychiatrique de liaison et du Département de médecine communautaire des HUG des 28 juillet 2006, 6 février et 10 août 2007, lesquels ont posé les mêmes diagnostics et admis une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives sans toutefois déterminer avec précision l'influence de chaque diagnostic sur la capacité de travail du recourant.

c) L'intimé, se fondant sur un avis de la Dresse A_____ du 11 janvier 2011, conteste la valeur probante du rapport d'expertise.

Il allègue tout d'abord qu'en présence d'une consommation excessive d'alcool, le diagnostic d'épisode dépressif ne peut pas être posé. Or, à cet égard, l'expert a précisément déterminé les raisons pour lesquelles il a retenu l'un et l'autre de ces diagnostics, expliquant que c'était parce que leur survenance était indépendante.

L'intimé reproche par ailleurs à l'expert de ne pas avoir évalué la dépendance et la consommation d'alcool à l'aide de tests et de ne pas avoir tenu compte de la définition de l'atteinte incapacitante s'agissant d'un trouble psychique lié à la consommation d'alcool. Il est vrai que l'expert n'a pas effectué de tests spécifiques pour connaître précisément le degré de la dépendance à l'alcool du recourant et qu'il a uniquement indiqué que celui-ci n'était "pas imprégné d'alcool" lorsqu'il l'a reçu. Cependant, dans la mesure où l'expert a retenu que l'état dépressif s'est développé indépendamment de la dépendance à l'alcool et réduit à lui seul à néant la capacité de travail de l'assuré, il n'est pas déterminant de se prononcer précisément sur le caractère invalidant de la dépendance à l'alcool.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, l'expert a jugé que la problématique alcoolique a été surestimée par ses collègues, expliquant qu'il ne s'agissait pas là de la cause principale de l'incapacité de travail, cette dernière étant sans aucun doute due à l'état dépressif, même si ce dernier a accentué la dépendance à l'alcool.

L'intimé fait également valoir que l'expert ne s'était pas prononcé sur les mesures médicales à entreprendre, notamment liées à un sevrage, et sur leurs effets sur l'état dépressif du recourant. A cet égard, il sied de constater que l'expert a retenu, comme tous les autres médecins ayant examiné le recourant, que sa dépendance à l'alcool pourrait être améliorée par un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent. Toutefois, il a souligné l'incapacité du recourant à reconnaître son atteinte psychique et la mauvaise structuration de sa personnalité et leurs conséquences : une absence de continuité dans le suivi et une mauvaise compliance. C'est la raison pour laquelle l'expert a émis un pronostic réservé. Au vu de ce qui précède, on comprend qu'il sera très difficile pour le recourant de se soigner correctement et qu'il était dès lors difficile à l'expert de se prononcer sur les effets de mesures médicales auxquelles il sait que le recourant ne se soumettra sans doute pas.

Enfin, il est vrai, comme le retient l'intimé, que l'expert a tenu compte d'éléments subjectifs dans le cadre de ses constatations objectives. L'expert a toutefois exposé ses constatations objectives et apprécié l'état psychique du recourant de manière claire, de sorte que cet élément ne saurait remettre en cause ses conclusions.

Au vu des éléments exposés, le rapport du 11 janvier 2011 de la Dresse A_____, dont on relèvera qu'elle est au demeurant médecin généraliste, n'est pas propre à jeter le doute sur l'appréciation de l'expert psychiatre, appréciation de surcroît confirmée par d'autres médecins ainsi que relevé plus haut.

10. Il doit dès lors être considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que le trouble dépressif du recourant est survenu en décembre 2001, indépendamment de sa dépendance à l'alcool, qu'il a incontestablement valeur de maladie et qu'il entraîne une totale incapacité de travail.

Il s'ensuit que le degré d'invalidité du recourant se confond avec celui de son incapacité de travail (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2) et qu'il doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 100% et le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2002, soit à l'issue du délai de carence d'une année à compter du mois de décembre 2001 (art. 29 LAI).

11. Pour le surplus, l'intimé soutient que le recourant aurait travaillé de janvier à octobre 2003 auprès de son dernier employeur, sur un chantier duquel il a été surpris le samedi 31 janvier 2004.

Les mesures d'instruction conduites par la Cour de céans n'ont cependant pas permis de confirmer ces faits. Certes, aucune opposition écrite n'a été retrouvée mais il n'en demeure pas moins qu'on ne saurait conclure de la présence de l'assuré sur un chantier - qui plus est un samedi - qu'il aurait repris une activité régulière sur les chantiers.

12. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision de l'intimé du 7 octobre 2008 annulée.

L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'à verser au recourant, représenté par un conseil, une indemnité de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet le recours et annule la décision de l'OAI du 7 octobre 2008.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2002.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de 3'000 fr. au titre de dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
6. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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