

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/687/2014

ATAS/664/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 septembre 2015

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (l'assuré), né le _____ 1969, de nationalité suisse, divorcé, père d'un enfant né en 1996, est titulaire d'un CFC de confiseur-pâtissier-glacier.
2. Selon l'extrait de son compte individuel, l'assuré a travaillé pour l'entreprise B_____, devenue dès 2004 la pâtisserie C_____ Sàrl, de 1987 jusqu'à juin 2005, puis à nouveau dès septembre 2010.
3. Le 14 janvier 2013, la Doctoresse D_____, exerçant à Annemasse, a attesté d'un arrêt de travail à 50% du 14 janvier au 16 mars 2013.
4. Le cas a été pris en charge par la ZURICH ASSURANCE (ci-après : la ZURICH), assureur perte de gain et une indemnité journalière a été versée dès le 17 janvier 2013.
5. Le 12 mars 2013, la Dresse D_____ a prolongé l'arrêt de travail à 50% jusqu'au 15 juin 2013.
6. Le 11 juin 2013, la Dresse D_____ a informé la ZURICH que le traitement avait débuté le 14 janvier 2013, que l'assuré était dans le déni de sa maladie et que l'incapacité de travail était de 50% depuis le 14 janvier 2013, pour une durée indéterminée.
7. Le 23 juin 2013, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à la ZURICH assurance-maladie que le traitement avait débuté le 12 septembre 2011 pour un diagnostic d'épisode dépressif majeur F32 et que le traitement était terminé.
8. L'assuré a déposé le 19 juillet 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de troubles psychiques / délire paranoïaque.
9. Le 29 août 2013, la Dresse D_____ a rempli un rapport médical AI.
10. L'assuré présentait une maladie bipolaire depuis 2000 ; il avait été suivi par le Dr E_____ depuis 2010, puis par elle-même depuis le 17 janvier 2013. L'assuré présentait une dépression, de l'agressivité (connotation paranoïaque), des troubles de la personnalité, de la concentration, du comportement, de la fatigabilité. Il prenait des neuroleptiques et des antidépresseurs.
11. L'incapacité de travail était de 50% du 5 septembre 2011 au 30 septembre 2013. L'assuré réalisait en fait un 30% dans son activité, ce qui constituait sa réelle capacité de travail.
12. Le 5 septembre 2013, la pâtisserie C_____ Sàrl a rempli le questionnaire pour l'employeur en mentionnant un engagement de l'assuré le 1^{er} septembre 2010, un horaire normal de travail hebdomadaire de 42 heures et un horaire de l'assuré de 3 à 4 heures de travail par jour, soit 17 heures à 20 heures par semaine. Son salaire de base était de CHF 2'725.- par mois dès le 1^{er} janvier 2013. L'incapacité de travail était de 50% dès le 17 janvier 2013. Il était noté que : « A_____ est dans l'entreprise familiale depuis 23 ans et progressivement il a été évident qu'il n'était

plus en mesure de travailler à temps plein. Dès qu'il le souhaitait, il quittait l'entreprise pour rentrer chez lui pendant plusieurs jours et revenait quand il le souhaitait. En tant que membre de la famille, il a toujours pensé faire ce qui lui plaisait, mais au détriment de ses collègues de travail et de la bonne marche de l'entreprise. Depuis qu'il est à temps partiel, il arrive mieux à gérer ses émotions au travail et arrive tant bien que mal à respecter ses horaires de travail, mais il semble évident qu'il ne peut pas avoir un taux d'occupation supérieur à 50 %, quand il veut arrêter de travailler, il arrête. Il y a quelques années la situation est devenue extrême avec une présence quelques heures par semaine, il a été contraint de quitter l'entreprise et chercher un autre emploi. Toutes les tentatives auprès d'autres institutions n'ont pas dépassé le stade de la journée d'essai. A_____ ne gère absolument pas le stress, ça le paralyse et il n'arrive plus à avancer, il est dépassé, s'arrête et part. C'est pour ça qu'il ne travaille plus les week-ends et pendant les périodes de fêtes ».

13. Le 8 octobre 2013, le Dr E_____ a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) qu'il ne soignait plus l'assuré et qu'une expertise lui semblait indiquée.
14. A la demande de la ZURICH, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 8 novembre 2013 un rapport d'expertise, fondé sur un entretien du 7 novembre 2013. Le rapport est co-signé par Mme F_____, psychologue FSP.
15. L'assuré avait travaillé comme pâtissier dans différentes sociétés avant de connaître une période de chômage de 2009 à 2010 et depuis 2010 auprès de la pâtisserie C_____. L'assuré avait présenté, suite à une séparation conjugale, des symptômes dépressifs réactionnels et une consommation éthylique excessive, entraînant une incapacité de travail de 50 % depuis le 14 janvier 2013.
16. Selon la prise de sang, la compliance médicamenteuse était nulle.
17. L'assuré se plaignait d'être harcelé par son employeur, de tristesse, de trouble de la concentration et d'angoisses, d'anxiété, de manque de confiance, de troubles du sommeil avec réveils nocturnes, de perte de poids.
18. Selon les tests effectués, l'assuré avait de bonnes capacités intellectuelles, attentionnelles et de concentration. La dépendance éthylique était épisodique.
19. L'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :
 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec syndrome de dépendance, en utilisation épisodique (F10.26).
 - Episode dépressif récurrent moyen, actuellement en rémission partielle. Actuellement la symptomatologie dépressive était légère (F33.0).
20. Et sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56).

- Accentuation de certains traits de personnalité. Traits de personnalité paranoïaque, actuellement non décompensés (Z73.1).
 - Antécédents de dépendance au cannabis, actuellement abstinent.
21. Il s'agissait d'une dépendance éthylique primaire qui avait précédé et favorisé l'épisode dépressif. Il n'y avait pas de symptôme de la lignée psychotique, mais des traits de personnalité paranoïaque non décompensés et un épisode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle, aggravé par une dépendance éthylique primaire et l'absence de traitement ; la symptomatologie dépressive était actuellement légère. Il n'y avait pas de trouble bipolaire.
 22. La capacité de travail était de 50 % jusqu'au 30 novembre 2013 et de 100 % dès le 1^{er} décembre 2013, moyennant un traitement antidépresseur et une abstinence éthylique, lesquels étaient exigibles. En cas de décompensation des traits de personnalité paranoïaque, une hospitalisation devrait être envisagée. L'expert restait à la disposition de la médecin-traitante pour discuter du cas.
 23. Le 2 décembre 2013, la Dresse G_____ du SMR a estimé que les conclusions du Dr E_____ pouvaient être suivies.
 24. Par projet de décision du 9 décembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail de l'assuré était totale depuis le 1^{er} décembre 2013.
 25. Par décision du 3 février 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
 26. Le 26 février 2014, l'assuré a contesté cette décision auprès de l'OAI en relevant qu'en dehors de la pâtisserie C_____ pour laquelle il travaillait peu d'heures par mois (relations familiales), il ne pouvait garder aucun travail en raison d'une suite de déprimés, de difficultés à se concentrer, d'idées suicidaires, de grande nervosité, d'excitation avec agressivité ; il buvait de l'alcool pour s'encourager ; il ne pouvait s'adapter à des collègues de travail et cela finissait parfois en bagarre.
 27. Ce courrier a été transmis à la chambre des assurances sociales le 4 mars 2014 et un recours a été enregistré le 6 mars 2014.
 28. Le 3 avril 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le rapport du Dr E_____ était probant.
 29. Convoqué à une audience de comparution personnelle des parties le 26 mai 2014, l'assuré ne s'est pas présenté. Sa mère, Madame A_____, a excusé son absence et transmis le même jour un certificat de la Dresse D_____ du 24 mai 2014 attestant d'une incapacité totale de travailler de l'assuré du 24 au 28 mai 2014.
 30. Le 12 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier à la Dresse H_____, psychiatre psychothérapeute FMH, une expertise et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'experte ainsi que sur la mission d'expertise.

31. Le 25 septembre 2014, l'OAI a transmis un avis du SMR du 24 septembre 2014 selon lequel il conviendrait d'ajouter deux questions à la mission d'expertise.
32. L'assuré n'a pas fait d'observations.
33. Le 9 décembre 2014, la Dresse H_____ a informé la chambre de céans qu'elle n'était pas en mesure d'exécuter la mission d'expertise, car l'assuré s'était montré méfiant, tendu, avec un discours projectif, avait refusé de collaborer et avait quitté le bureau de façon intempestive.
34. Le 11 décembre 2014, la chambre de céans a enjoint l'assuré de collaborer à l'expertise.
35. Le 2 février 2015, la Dresse H_____ a indiqué que l'assuré ne s'était pas présenté au rendez-vous fixé et que l'évaluation d'un trouble psychiatrique était tout à fait indiquée, au vu des constatations faites lors de la brève rencontre avec l'assuré (méfiance excessive, discours projectif imprégné par un vécu persécutoire).
36. Le 28 mai 2015, la Dresse H_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur trois entretiens avec l'assuré, les 3, 17 et 31 mars 2015, et un entretien téléphonique avec les Drs D_____ et E_____.

L'assuré se plaignait d'un isolement social, de harcèlement professionnel, de difficultés relationnelles, de disputes, de difficultés à faire confiance, de méchanceté à son égard, d'un moral bas et de sommeil agité.

L'assuré s'était présenté aux entretiens grâce à l'intervention de son médecin-traitant et de sa mère. Il présentait une agitation psychomotrice et cherchait à écouter les entretiens; son attitude était extrêmement méfiante; son humeur était fluctuante; il présentait des idées délirantes de persécution et de référence; il était convaincu d'être victime d'un complot; il était envahi par un sentiment de persécution.

L'experte a posé les diagnostics de trouble délirant persistant F22.0 et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique F33.01.

Il présentait une importante instabilité de l'humeur (accès de colère et agressivité).

Les symptômes étaient décrits de manière régulière depuis 2009, date à laquelle le tableau du trouble délirant s'était complètement installé; il n'y avait pas d'argument pour un syndrome de dépendance à l'alcool; en 2012-2013, pendant une liaison sentimentale, étaient survenus des épisodes d'intoxications aiguës, lesquelles ne pouvaient cependant justifier en elles-mêmes un diagnostic de trouble dépressif induit par l'alcool; lorsque l'assuré avait tenté de travailler en dehors de l'entreprise familiale, il avait été rapidement licencié en raison de troubles entravant sa capacité de travail. Il avait été réemployé dans l'entreprise familiale en 2010, mais n'avait pas pu reprendre à un taux supérieur à 30%, et seulement de façon irrégulière, avec un encadrement spécial. Les épisodes dépressifs étaient survenus dans le cadre du trouble délirant; il avait une importante difficulté à se concentrer et maintenir son attention; le sentiment de persécution était envahissant et était à l'origine d'une

instabilité comportementale et un risque hétéro agressif. Il présentait par ailleurs une forte instabilité émotionnelle, entravant la régularité.

L'assuré était totalement incapable de travailler depuis 2009; il n'y avait pas d'argument en faveur d'une dépendance à l'alcool, pas de signes cliniques d'imprégnation et les tests biologiques du 10 avril 2015 étaient dans les normes. L'experte n'était pas d'accord avec les constatations et conclusions du Dr E_____. A cette époque, les chiffres CDT étaient normaux, ce qui éliminait une intoxication alcoolique; le trouble dépressif ne pouvait pas être induit par la dépendance alcoolique, mais plutôt par une consommation chronique et excessive d'alcool et malgré l'absence de signes d'une consommation chronique d'alcool, l'état dépressif ne s'était pas normalisé. Le Dr E_____ n'avait pas investigué les préoccupations paranoïaques de l'assuré et il n'avait pas retenu le trouble délirant persistant, lequel était incapacitant. Les symptômes décrits par la Dresse D_____ entraient dans le cadre des diagnostics retenus.

37. Le 18 juin 2015, la doctoresse I_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel la Dresse H_____ n'avait pas procédé aux investigations permettant d'exclure une consommation problématique et que le Dr E_____ avait procédé à des tests révélant une utilisation continue d'alcool dans le passé; l'expertise ne permettait pas d'écarter une problématique alcoolique active dans les années passées. Le sentiment de persécution était cohérent avec la réalité, puisque l'assuré avait réellement été écarté de l'entreprise familiale, alors qu'il ne donnait pas satisfaction; l'assuré présentait plus de la mauvaise foi (défense projective) que des idées délirantes construites; le Dr E_____ avait d'ailleurs évoqué une difficulté à faire confiance et une méfiance qui semblait cohérente avec le conflit familial. Le diagnostic de trouble délirant persistant n'était pas convaincant et il s'agissait plus d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque (avec traits borderline ?). Le tableau clinique décrit par la Dresse H_____ montrait une évolution défavorable du trouble de la personnalité depuis l'expertise de 2013, lequel était actuellement décompensé et totalement incapacitant. La capacité de travail s'était dégradée progressivement entre novembre 2013 et mai 2015 et était actuellement nulle dans toute activité.
38. Le 1^{er} juillet 2015, l'OAI s'est ralliée à l'avis du SMR du 18 juin 2015. L'experte devait se déterminer sur le diagnostic de trouble de la personnalité, de type paranoïaque (avec traits borderline), ou trouble délirant persistant, ce d'autant que le Dr E_____ n'avait pas observé de trouble psychotique mais des symptômes cohérents avec le conflit familial; l'experte devait aussi préciser l'évolution dans le temps de la capacité de travail, au regard des autres évaluations figurant au dossier; l'experte devait se déterminer par rapport aux remarques du SMR; les conclusions au fond étaient réservées.
39. Le 17 juillet 2015, à la demande de la chambre de céans, la Dresse H_____ a transmis le bilan sanguin de l'assuré du 10 avril 2015, cité dans l'expertise, attestant notamment d'une valeur CDT de 1,5% et Gamma GT de 49 U/L.

40. Le 20 août 2015, l'OAI a observé que le bilan sanguin communiqué n'était pas de nature à modifier son appréciation du dossier et relevé qu'il souhaitait que l'experte se détermine par rapport aux remarques formulées par le SMR.
41. Le 20 août 2015, l'assuré a écrit que, suite à l'amélioration de son état moral, il demandait l'annulation des prestations de l'AI; le 24 août 2015, l'assuré a écrit qu'il avait changé d'avis et qu'il traversait une période actuelle de forte turbulence.
42. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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 du nouveau droit, 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

8. 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une

activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. 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). 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

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 du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
11. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé

susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même

sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

15. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.
16. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 222 et ATF 128 V 174).

17. En l'espèce, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire, confiée à la Dresse H_____, en considérant ce qui suit :

L'expertise du Dr E_____ du 8 novembre 2013 n'emporte pas la conviction. En effet, l'expert estime que le recourant présente une dépendance éthylique primaire qui aurait précédé et favorisé l'épisode dépressif, sans motivation convaincante ; il part du principe que le recourant a travaillé comme pâtissier dans différentes sociétés et, depuis 2010, auprès de la pâtisserie C_____ alors qu'en réalité le recourant a toujours travaillé pour celle-ci (anciennement l'entreprise B_____), laquelle est une entreprise familiale. Comme précisé le 5 septembre 2013 par la pâtisserie C_____, celle-ci emploie le recourant depuis 23 ans et a adapté ses exigences professionnelles aux problèmes psychiques du recourant, lequel est indiqué comme ne gérant pas le stress, gérant mal ses émotions et quittant son lieu de travail dès qu'il le souhaite. L'expert a ainsi mal appréhendé la réalité de la situation professionnelle du recourant en considérant que celui-ci est capable de travailler dans des conditions du marché économique normal alors qu'en réalité il semble bénéficier d'arrangements professionnels du fait qu'il est employé dans l'entreprise de sa famille. Par ailleurs, la Dresse D_____, médecin-traitante du recourant, a attesté d'une maladie bipolaire, une dépression avec connotation

paranoïaque, de troubles de la personnalité, de la concentration, du comportement et de la fatigabilité, lesquels étaient incapacitants. Cet avis vient également mettre en doute celui de l'expert E_____.

18. a) La Dresse H_____ a rendu son rapport d'expertise le 28 mai 2015, lequel répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'experte a vu le recourant lors de trois entretiens, en plus du premier rendez-vous écourté par le recourant. Elle se fonde sur toutes les pièces du dossier, relate les plaintes du recourant et fait état de l'anamnèse complète; contrairement à l'avis du SMR qui reproche à l'experte son manque d'investigations, celle-ci a effectivement procédé à un test biologique le 10 avril 2015, lequel, s'il n'a pas été joint immédiatement au rapport, était néanmoins cité dans la partie discussion de celui-ci (expertise p. 13) pour écarter tout diagnostic de consommation excessive ou chronique d'alcool; ce bilan a été communiqué aux parties le 13 août 2015. Par ailleurs, l'experte a pris contact avec les médecins-traitants du recourant. Les diagnostics posés sont clairs et bien motivés; la capacité de travail est également décrite clairement. Enfin, l'experte a expliqué de façon convaincante les raisons de son désaccord avec l'expertise du Dr E_____.

Probantes, les conclusions de cette expertise seront suivies, soit une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité dès 2009.

- b) A cet égard, l'avis du SMR du 18 juin 2015 et celui de l'intimé du 1^{er} juillet 2015 ne sont pas à même de mettre en doute ce rapport.

S'agissant d'une addiction à l'alcool, comme il a été relevé ci-dessus, l'experte a procédé à des tests le 15 avril 2015, excluant une telle addiction, de sorte que la critique du SMR tombe à faux; l'experte a relevé que, déjà en octobre 2013, le Dr E_____ avait pratiqué des tests excluant une intoxication alcoolique chronique et n'avait pas constaté de signes de consommation aiguë ou de signes de sevrage; contrairement à l'avis du SMR selon lequel les tests effectués par le Dr E_____ avaient révélé une dépendance éthylique, la Dresse H_____, dont il convient de relever qu'elle est rattachée à la Fondation Phoenix, spécialisée dans la problématique d'addictions, a expliqué que le test CDT, lequel était normal, était plus fiable que celui des gamma-GT et qu'une intoxication alcoolique chronique pouvait être éliminée; elle a expliqué pourquoi l'épisode dépressif avait évolué d'une manière indépendante de la consommation d'alcool. De plus, l'anamnèse a confirmé que des intoxications aiguës étaient survenues dans le passé pendant la période où le recourant avait eu une relation sentimentale, laquelle s'était terminée depuis plus d'un an; selon l'expertise du Dr E_____, le recourant s'est séparé de son amie, étudiante, en 2012, (expertise E_____ p. 12); même à cette époque, l'experte a considéré qu'il n'y avait jamais eu de trouble dépressif induit par l'alcool et qu'un syndrome de dépendance ne pouvait pas être posé, ni actuellement, ni dans le passé.

La chambre de céans constate que l'intimé n'a pas contesté le fait que le recourant avait présenté des périodes d'intoxication aiguës pendant la durée de sa relation sentimentale avec son amie étudiante et que cela avait cessé ensuite, ni que la relation s'était terminée en 2012.

Or, vu le dépôt de la demande AI le 20 août 2013, la période déterminante pour l'issue du présent litige débute le 20 février 2013; à cette époque, il doit de toute façon être admis qu'une éventuelle intoxication alcoolique ne jouait plus aucun rôle dans la symptomatologie du recourant, sans avoir besoin de trancher la question de l'existence ou non, pendant cette période, d'un syndrome de dépendance à l'alcool.

S'agissant du trouble délirant persistant, le SMR estime que le sentiment de persécution est tout à fait cohérent avec la réalité, puisque le recourant a réellement été écarté de l'entreprise familiale alors qu'il ne donnait pas satisfaction et qu'il ne présentait donc non pas d'idées délirantes, mais uniquement de la mauvaise foi. Cette interprétation de l'expertise de la Dresse H_____ ne saurait être suivie, car elle ne tient manifestement pas compte de l'ensemble du tableau décrit par l'experte; en particulier, il ne s'agit pas d'un simple conflit familial; le recourant est envahi par un sentiment de persécution de la part de sa famille et de l'entourage avoisinant; il est persuadé d'être au centre d'un complot contre lui de la part de son beau-frère et du chef pâtissier; il se croit harcelé par celui-ci; il a eu des disputes verbales et physiques avec le chef pâtissier, lequel a même porté plainte contre lui pour agressivité physique et injure; il a toujours travaillé dans l'entreprise familiale où ses difficultés comportementales ont probablement été longtemps tolérées. Au status, l'experte a décrit que le recourant était, durant les entretiens, tendu, agité, méfiant, avec une humeur fluctuante (rires immotivés et tensions/irritabilité), les réponses étaient à côté; il présentait des idées délirantes de persécution et de référence; il avait d'ailleurs quitté de manière impulsive le cabinet lors du premier rendez-vous en estimant que la demande AI relevait d'un complot, alors même qu'il a déposé en personne le recours auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de refus de l'intimé.

Le diagnostic posé par la Dresse H_____ est clair et bien motivé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'intimé visant à obtenir de la Dresse H_____ une détermination sur le diagnostic évoqué par le SMR de trouble de la personnalité de type paranoïaque. A cet égard, 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; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). 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; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité).

Au vu de ce qui précède, il sera renoncé à l'ordonnance d'un complément d'expertise auprès de la Dresse H_____.

Finalement, le SMR admet une incapacité de travail totale du recourant depuis mai 2015, avec une dégradation progressive de la capacité de travail entre novembre 2013 et mai 2015. Cette appréciation ne remet pas en cause celle de l'experte qui estime que, depuis 2009, le trouble délirant est complètement installé, de sorte que la capacité de travail du recourant est nulle, celui-ci ayant uniquement travaillé dans l'entreprise familiale, soit dans un encadrement protégé et, depuis son réengagement en 2010, à 30% maximum, et à des conditions qui ne correspondent pas au marché économique normal.

Comme il a été discuté ci-dessus, la période déterminante pour l'issue du litige débute seulement le 20 février 2013. A cette dernière date et au vu des conclusions claires de l'expertise, le recourant présentait une capacité de travail nulle dans toute activité, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2014.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2014. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 février 2014.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} février 2014.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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