REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1360/2006 **ATAS/1326/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 26 novembre 2007

En la cause

Monsieur C_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. M. C_____, né en août 1961, d'origine turque, divorcé, est père de trois enfants, S_____ et S_____ C_____ nés en 1984 et 1989, dont la mère est Mme C_____, et S_____ B_____ né en 1999 dont la mère est Mme Delphine B_____.

2. Entre 1961 et 1980, il a vécu en Turquie. Il a obtenu la nationalité suisse en octobre 1992.

3. Depuis le 1er octobre 1996, il bénéfice du revenu minimum cantonal d'aide sociale (RMCAS).

4. Le 5 février 2004, le Dr D_____, cardiologue, a relevé qu'il avait vu le patient en raison de douleurs thoraciques atypiques et de syncopes et dyspnée à l'effort. Le bilan effectué ne mettait pas en évidence d'arythmie ou de troubles neurovégétatifs, l'électrocardiogramme était normal. Il fallait discuter l'indication d'une coronarographie avec le patient.

5. Le 8 mars 2004, l'assuré a requis des prestations d'invalidité.

6. Le 15 mars 2004, le Dr E_____, spécialiste en neurologie, a rendu un rapport suite à l'examen du patient le 11 mars 2004 à la demande de la Dresse F_____, spécialiste en médecine interne. Il relève "qu'il s'agit d'un patient connu pour un éthylisme chronique qui présente des malaises avec perte de connaissance déclenchés par des quintes de toux, ceci plusieurs fois par jour, chez lequel l'examen neurologique est actuellement dans les limites de la norme hormis de discrets signes en faveur d'une polyneuropathie sensitivo-motrice distale des membres inférieures. Compte tenu de l'anamnèse, il n'y a actuellement aucun argument en faveur d'une épilepsie généralisée tonico-clonique et l'origine des pertes de connaissance et vraisemblablement imputable à une hyperstimulation vagale lors de la quinte de toux. Je vous propose d'essayer un traitement axé essentiellement sur la prévention de la toux qui semble être le facteur déclenchant".

7. Le 19 mars 2004, le patient a subi une coronarographie. Le Dr D_____ a conclu à des artères coronaires normales avec une athérosclérose a minima et fonction verticulaire gauche dans les normes.

8. Le 29 mars 2004, la Dresse F_____ a rendu un rapport médical AI. Elle diagnostique une dépendance à l'alcool depuis environ dix ans avec répercussion sur la capacité de travail ainsi qu'une hyperlipidémie traitée et du tabagisme. Il était actuellement en cours d'investigation pour une toux persistante qui occasionnait même des pertes de connaissance. Elle suivait le patient depuis le 27 août 2001

pour les problèmes somatiques. Il avait exercé comme monteur électricien en 1993 puis était au chômage depuis et au RMCAS.

9. Le 28 juin 2004, le Dr G_____ du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), consultation des Acacias, a rendu un rapport médical AI. Il a diagnostiqué :

   1) Trouble dépressif récurrent, épisode moyen F 33.1.

   2) Trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

   3) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance utilise actuellement la drogue F 10.24.

      Existant depuis 1980.

   L'incapacité de travail était totale du 8 mai 2003 au 30 juin 2004. Il traitait le patient depuis le 1er novembre 2003.

   Ce médecin mentionne l'anamnèse suivante :

   "Patient âgé de 43 ans, d'origine turque. Il est le troisième d'une fratrie de six. Il a trois frères et deux sœurs. Il a fait une scolarité obligatoire à Izmir, puis est allé au lycée technique où il s'est perfectionné dans le domaine de l'électricité. Parallèlement, il a mené des actions politiques contre le gouvernement en place il est alors emprisonné, il aurait été torturé. A 19 ans, il a réussi à quitter le pays et arrive en Suisse. Il décrit un probable épisode de PTSD : éléments dissociatifs, une hyperactivité, accès de colère, une détresse psychologique intense, cauchemars récurrents. Il a lors un statu de réfugié politique. Il va travailler comme électricien. En 1982, il épouse une genevoise. Ils ont 2 filles de 20 ans et 14 ans. Dix ans plus tard, ils divorcent. C'est peu après qu'il perd son emploi. Il aura quelques emplois temporaires dans le bâtiment et comme déménageur. Puis il s'ensuit une longue période de chômage et a travaillé comme contre-prestation pour la RMCAS, à la bibliothèque X_____. En 1998, il fait la connaissance d'une autre femme. Ils ont un fils de 5 ans. Ils sont séparés depuis 4 ans. Il a débuté ses consommations d'alcool à son arrivée en Suisse, "pour oublier". Peu à peu la dépendance s'installe. En 1999, il débute un suivi à la consultation des Acacias. A 3 reprises il est hospitalisé pour un sevrage à la Clinique genevoise de Montana". Puis "depuis 1999, le patient a été hospitalisé à 3 reprises pour un sevrage. Il a été abstinent pendant près d'un an sous traitement aversif. Depuis juin 2003, M. C_____ a repris des consommations qu'il arrive à limiter. Un projet d'hospitalisation avec une suite en résidentiel est en cours. D'un point de vue thymique, M. C_____ bénéficie d'un traitement antidépresseur. Actuellement, il a un entretien médical par mois et 2 entretiens avec une assistante sociale. L'évolution est actuellement stationnaire avec une poursuite des alcoolisations qui rendent le traitement de la

dépression complexe. Le pronostic quant à sa capacité professionnelle est réservé en raison de co-morbidités psychiatriques persistantes et ce depuis plusieurs années avec une vulnérabilité psychique à tous stress de la vie quotidienne, ce qui limite grandement ses compétences adaptatives".

10. Le 27 avril 2005, le Dr H_____ de la consultation des Acacias des HUG, division d'alcoologie, a rendu un rapport médical intermédiaire AI.

    Selon ce dernier, "le patient souffre de troubles panique (F 41.0). M. C_____ n'est pas abstinent actuellement face à l'alcool : il travaille à un programme de réduction des méfaits et a, dans ce contexte, baissé et stabilisé sa consommation. Ceci a permis une stabilisation du trouble dépressif récurrent semblant actuellement en rémission. Nous avons, dans le même temps, pu mettre en évidence des attaques récurrentes d'anxiété sévère, sur venant de manière imprévisible dans la journée et plusieurs fois par jour caractérisée par la survenue brutale de palpitations, de difficultés à respirer, des étourdissements, sudations profuses, sentiments de dépersonnalisation et de mort imminente. Ces crises sont accompagnées anamnestiquement de pertes de connaissance, jusqu'à 6 fois par jour, qui sont actuellement peu claires pour nous et nous faisant poser un diagnostic différentiel d'une origine somatique (atteinte neurologique ? épilepsie ?), versus trouble dissociatif ce qui nous semble le plus probable. Entre les attaques de panique subsiste une anxiété de base présente en continu, se manifestant par des difficultés de concentration, des céphalées de tension et de nombreux troubles neurovégétatifs tel que transpiration, tachycardie, gêne épigastrique, étourdissements. Il nous est difficile de préciser le début de la survenue de ces troubles anxieux, le tableau clinique ayant été certainement masqué pendant de nombreuses années par l'utilisation de l'alcool. M. C_____ participe une fois par semaine à un travail de groupe de réduction des méfaits. Il est au bénéfice également d'un entretien psychiatrique en individuel au minimum une fois par mois ainsi qu'un suivi psychosocial une fois par mois. Il est au bénéfice d'un traitement médicamenteux de Seropram 20mg/jour et de Rivotril 2x0,5mg/jour. Le tableau de troubles anxieux sévères associés à un probable dissociatif nous semble incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle et ceci pour une durée de temps indéterminée. Même une activité en milieu protégé nous semble un projet très lointain et peu probable. Notre objectif est de stabiliser au mieux sa thymie, ses attaques de panique et sa consommation d'alcool et de l'aider à trouver une moins mauvaise qualité de vie. L'état de santé était stationnaire depuis janvier 2005 et la compliance était optimale".

11. Le SMR Suisse romande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rendu un rapport médical le 10 janvier 2006, signé par le Dr I_____ lequel relève qu'il a discuté le dossier avec la Dresse J_____. :

"Il s'agit d'un cas social dans le cadre d'un éthylisme chronique primaire. Le fait qu'il ait travaillé 12 ans, qu'il a pu être abstinent pendant 1 année sous traitement aversif, que le trouble dépressif récurrent est en rémission en 2005 sont des arguments pour un éthylisme primaire. Le trouble panique est probablement induit par l'alcool. Le trouble dissociatif probable (conversion hystérique) ne tombe pas simplement du ciel à 43 ans".

12. Par décision du 18 janvier 2006, l'OCAI a refusé toute prestation d'invalidité à l'assuré. L'OCAI relève que "vous n'êtes actuellement pas abstinent face à l'alcool. Par ailleurs, votre état de santé s'est amélioré courant 2005. Si l'on exclut le syndrome de dépendance qui joue ici un rôle majeur, vous pourriez théoriquement disposer d'une capacité de travail entière dans votre activité habituelle d'électricien. Compte tenu de ce qui précède, vous ne souffrez pas d'une atteinte à la santé qui exclue toute mise en valeur de votre capacité de travail. Aussi, il n'y a pas de lien de causalité entre votre perte de gain et votre état de santé. L'assurance invalidité à pour vocation de couvrir la perte de la capacité de gain et non la perte de gain".

13. Le 10 février 2006, la Dresse K_____, cheffe de clinique au département de psychiatrie des HUG, service d'abus de substance et responsable de la consultation d'alcoologie des Acacias, a écrit à l'OCAI.

    Elle suivait le patient depuis octobre 2005 mais le connaissait depuis deux ans dans le cadre d'un programme spécifique de réduction des méfaits. Il était évident qu'il ne pouvait retravailler en raison de sa problématique psychiatrique et non pas en raison de sa problématique de dépendance. Elle poursuit : "Le Dr H_____ a progressivement mis en évidence que les attaques de panique résulteraient d'un état de stress post-traumatique gravissime. Nous avons constaté dans le courant de l'été et de l'automne 2005 qu'apparaissaient des symptômes d'angoisse absolument majeurs lors de la diminution de la consommation, accompagnés parfois de pertes de connaissance, de pâleur, de sudation, des crispations musculaires, avec une terreur majeure et des flash-back sur des événements traumatiques survenus il y a plusieurs années. C'est à ce moment-là que M. C_____ nous a signalé qu'il avait été torturé lors de son incarcération dans les prisons en Turquie à l'âge de 20 ans. Il a subi des séquelles extrêmement handicapantes qui le rendent inapte à toute activité ou à faire face à une autre situation de stress. Les symptômes que décrit le patient sont très clairement à relier avec un état de stress post-traumatique (F 43.1 de la CIM-10) avec la reviviscence répétée des événements traumatiques situation qui pourrait rappeler le traumatisme. Ceci a permis de mettre une lumière tout à fait particulière sur l'état anxieux de M. C_____ qui décrit ne pas pouvoir rester dans un bureau plus de trente minutes. En effet, après il développe un état d'angoisse extrême lié à un sentiment de menace et d'enfermement. Les pertes de connaissance que le patient vit par moment peuvent être associées à des troubles dissociatifs (F 44 de la CIM-10) qui s'expriment par une perte partielle ou complète des fonctions d'intégration des souvenirs, de la conscience, des sensations

immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Il est donc important de signaler que la consommation d'alcool s'est inscrite dans les suites de ses traumatismes. Auparavant, le patient ne consommait pratiquement rien. Malgré les symptômes anxieux envahissants, M. C_____ continue à maintenir son projet de diminuer progressivement sa consommation d'alcool, raison pour laquelle il a demandé une hospitalisation fin 2005 à Montana, de façon à faire face à un arrêt d'alcool en milieu protégé. L'hospitalisation était également motivée par un état de santé somatique précaire. Le patient présente effectivement également une hypercholestérolémie, une broncho-pneumopathie chronique obstructive et des problèmes hépatiques qui doivent être investigués. Ces investigations ont été organisées par son médecin traitant, la Dresse F_____. En conclusion : comme déjà noté dans le rapport AI du 27 avril 2005 du Dr H_____, nous avions signalé que le tableau du trouble anxieux sévère associé à un probable trouble dissociatif nous semblait incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Les éléments que je vous transmets ci-dessus et qui sont apparus progressivement dans le dernier semestre 2005 consolident et précisent encore la problématique d'une grande perturbation de la capacité d'adaptation de M. C_____, de ses rapports avec les gens, de sa capacité à faire face à des stress quotidiens. Le fait qu'il n'arrive pas à être abstinent ne montre pas qu'il a une dépendance primaire et qu'il ne veut pas se soigner. Sa difficulté de rentrer dans une abstinence totale et définitive est due à la recrudescence des symptômes liés à l'état de stress post-traumatique quand il diminue ses consommations. La consommation est dans ce cas l'indice de la gravité de la problématique psychiatrique sous-jacente. Par ailleurs, dans la mesure où le diagnostic d'état de stress post-traumatique est posé, il est difficile de parler de trouble de la personnalité émotionnellement labile et d'état dépressif récurrent, même si une symptomatologie impulsive et dépressive peuvent être présents. En effet, l'état de stress post-traumatique est une problématique tellement envahissante qu'elle s'accompagne de modifications durables de la personnalité qui sont à ce moment-là secondaires au traumatisme et non pas primaire et inhérente à la personnalité du patient. De la même façon, des états dépressifs chroniques peuvent s'instaurer dans le décours de ses problématiques traumatiques".

14. Le 15 février 2006, l'assuré a fait opposition à la décision de l'OCAI. Il relève qu'il éprouve des angoisses envahissantes et des stress quotidiens. Parfois, il a l'impression qu'il ne peut faire face à la situation sans consommation d'alcool. Il avait subi une biopsie du foie et en communiquera les résultats à l'OCAI.

15. Le 14 mars 2006, la Dresse I_____ du SMR Suisse romande a relevé ce qui suit :

    "On voit mal comment l'assuré a des séquelles de PTSD extrêmement handicapants depuis l'âge de 20 ans, alors qu'il a travaillé pendant 14 ans en Suisse avant de

tomber dans le chômage. Par ailleurs, on ne comprend pas pourquoi ce diagnostic surgit après 25 ans alors que l'assuré est suivi depuis plusieurs années".

16. Le 20 mars 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que le fait qu'il avait pu travailler douze ans et que le trouble dépressif était en rémission en 2005 après abstinence témoignait dans ce sens que la toxicomanie ne constituait pas une invalidité.

    S'agissant de l'état de stress post-traumatique et trouble dissociatif dont faisait état son médecin dans le cadre de la procédure d'opposition, le service médical AI ne comprenait pas comment un tel diagnostic pouvait surgir après 25 ans compte tenu du suivi spécialisé qui durait depuis plusieurs années et du fait qu'il avait été capable de travailler en Suisse pendant 14 ans.

17. Le 13 avril 2006, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en relevant que son problème de dépendance était secondaire à l'atteinte psychiatrique grave qu'il subissait. "Les problèmes qui sont apparus "paradoxalement en parallèle" à une évolution satisfaisante du traitement se sont manifestés par la recrudescence de symptômes d'angoisse majeurs, pertes de connaissance avec crises de terreur et flash-back sur des événements traumatiques anciens. La consommation d'alcool a été postérieure à cette époque et n'est pas en soi la cause de mes souffrances et de mon impossibilité à adapter mon comportement aux exigences minimales d'adaptation à une vie professionnelle. Il en résulte que, pour les motifs évoqués, l'avis médical est clair sur le fait que indépendamment de mon problème de dépendance, mon état de santé est si fortement perturbé par une problématique psychiatrique sous-jacente qu'il atteint ainsi gravement ma capacité de travail qui est totale".

18. Le 29 mai 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

19. Le 28 août 2006, le Tribunal de céans a confié une expertise psychiatrique à la Dresse Christine L_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

20. Le 13 août 2007, la Dresse L_____ a transmis son rapport d'expertise daté du 27 avril 2007. Elle relève que d'origine turque, l'assuré a mené des actions politiques en 1978 contre le gouvernement, a été emprisonné et torturé. Il a débuté une consommation d'alcool après son arrivée en Suisse à dix-neuf ans, en raison du stress provoqué par l'absence de lien et de famille ainsi que pour oublier les violences subies. Il décrivait un probable épisode de PTSD. Après le décès de son père, il avait fait une dépression avec de multiples angoisses. En 1999, il a débuté un suivi à la consultation des Acacias et sa consommation d'alcool a nécessité trois hospitalisations à la clinique genevoise de Montana. Depuis 2003, il consommait à nouveau de l'alcool mais en quantités limitées. Le patient n'était pas alcoolisé lors des rendez-vous et présentait des difficultés d'élocution, des malaises. Il décrivait une souffrance continue au quotidien, avec idées suicidaires, crainte d'une

vengeance du régime turc, des pertes de connaissance, des troubles du sommeil, des attaques de panique, baisse forte de l'appétit et utilisait l'alcool comme calmant. Les investigations somatiques avaient permis d'exclure un problème cardiaque et un problème neurologique.

L'experte relève que "les symptômes présents, leur chronologie d'apparition en fonction de son histoire personnelle et leur évolution sont compatibles avec les conclusions des médecins qui suivent ce patient depuis huit ans. Notamment, j'ai retenu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique tant d'après la description des symptômes présentés par le patient lors des entretiens que par l'observations des médecins qui le suivent à la consultation des Acacias. En effet, dès que l'assuré diminue sa consommation d'alcool, une terreur s'installe avec des flash-back sur les événements traumatiques vécus. L'assuré peut à peine évoquer des tortures subies. Toute évocation provoque des attaques de paniques massives accompagnées des symptômes physiques observés lors des entretiens d'évaluation. La consommation d'alcool me semble clairement consécutive au syndrome de stress post-traumatique. Dans la vaste majorité des cas, l'alcool est utilisé comme un psychotrope pour faire face à des difficultés psychiques temporaires ou de longue durée (psychotrope d'accès facile, légale pour les personnes majeures, en vente libre, d'effet rapide). Dans le cas de l'assuré, son anamnèse, la description de l'apparition des symptômes et la consommation d'alcool parlent plutôt en faveur d'un alcoolisme secondaire à un syndrome de stress post-traumatique, comme c'est fréquemment le cas dans ce type de comorbidité. Le syndrome de stress post-traumatique se manifeste chez lui par l'exposition à des événements extraordinaires (torture, emprisonnement), les flashbacks, les troubles du sommeil avec les cauchemars, l'hyper-vigilance, les sursauts exagérés. Je n'ai pas retenu le même trouble de personnalité, n'ayant pu l'objectiver lors de l'évaluation. J'ai également retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison de la persistance dans le temps de l'humeur dépressive, des difficultés de concentration, du manque d'énergie, des pensées récurrentes de mort, de l'agitation psychomotrice, des perturbations du sommeil et de l'appétit. En ce qui concerne le trouble de personnalité, l'examen clinique ne me permet pas de trancher. Il faut en effet observer la personne sur plusieurs mois pour se faire une idée précise du trouble. Dans l'idéal, il faudrait que la personne soit totalement abstinente d'alcool depuis plus de deux mois pour poser un diagnostic".

Elle pose les diagnostics selon l'ICD-10 suivants : Etat de stress post-traumatique : F 43.1. Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique : F 33.11. Syndrome de dépendance à l'alcool, utilise actuellement la substance : F 10.24.

L'objectif thérapeutique était pour l'instant de réduire au maximum la consommation d'alcool avec un travail thérapeutique sur le syndrome de stress post-traumatique.

21. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse L_____ a complété son expertise le 12 octobre 2007. Elle avait fondé son expertise sur deux entretiens en février 2007 avec l'assuré, le dossier et les renseignements fournis par Mme M_____, assistante sociale à la consultation des Acacias et la Dresse K_____.

    Elle relève que "le syndrome de stress post-traumatique est grave comme en atteste les symptômes présents lors de l'évaluation. Il est présent depuis les événements de vie à l'âge de 19 ans. Il a des conséquences très importantes sur sa capacité de travail. Il a valeur de maladie (cf. classification 1CD-10). Il reçoit un traitement adéquat. Une amélioration est difficilement envisageable actuellement à la vue de la symptomatique. Le trouble dépressif récurrent est de gravité moyenne. Il est présent depuis son arrivée en Suisse. Il a valeur de maladie (cf. classification 1CD-10). Il a également des conséquences sur sa capacité de travail. Une amélioration a déjà eu lieu. Le traitement médicamenteux est adéquat. Il existe un syndrome de dépendance à l'alcool. Cette dépendance résulte du syndrome de stress post-traumatique. C'est ce dernier qui entraîne l'incapacité de travail à 100 % dans toute activité tant que ce syndrome de stress post-traumatique n'est pas mieux résolu. En cas d'abstinence favorable du syndrome de stress post-traumatique, l'assuré serait capable de reprendre une activité professionnelle ce qu'il souhaite du reste. Il n'est pas capable de reprendre actuellement une activité lucrative. Cette incapacité n'est pas affaire de volonté mais est liée à sa maladie. Le pronostic quand à une capacité de travail future est réservé compte tenu de la gravité du syndrome de stress post-traumatique".

    (…) "L'assuré a commencé à consommer de l'alcool à but anxiolytique après son arrivée en Suisse. Cette consommation, à bas bruit à l'époque, lui a permis de calmer les symptômes du syndrome de stress post-traumatique. La consommation d'alcool s'est accrue au fil des années. Ceci est classique et est lié au phénomène de tolérance : il faut augmenter les doses progressivement pour avoir le même effet. Un syndrome de dépendance s'est installé. L'assuré a alors du faire des sevrages. Au terme de ces sevrages, le syndrome de stress post-traumatique, qui était contenu par l'effet anxiolytique de l'alcool, s'est manifesté avec toute sa gravité. Ce syndrome de stress post-somatique n'a pas surgi après 25 ans, il a toujours été présent, mais était contenu par l'effet anxiolytique de la consommation d'alcool. On peut en conclure que la consommation d'alcool chronique a été une forme d'auto traitement qui a permis à l'assuré d'exercer son activité professionnelle".

22. Le 30 octobre 2007, le recourant a déclaré ne pas formuler d'opposition face à l'expertise de la Dresse L_____ et être toujours suivi par la Dresse K_____.

23. Le 6 novembre 2007, l'intimé a estimé que l'expertise de la Dresse L_____ n'était pas convaincante en se référant à un avis médical du 6 novembre 2007 signé

par la Dresse N_____, médecin interniste au SMR. Celle-ci relève que l'experte mélange les éléments anamnestiques de ceux tirés du dossier et mélange des éléments anamnestiques avec ceux de status, qu'il est fort étonnant qu'un diagnostic de stress post-traumatique soit posé près de 30 ans après l'événement traumatisant alors qu'en présence d'un état de stress post-traumatique c'est une modification durable de la personnalité qui aurait dû être constatée. L'état de stress post-traumatique avait bien évolué puisqu'il avait permis à l'assuré de mener à bien une vie professionnelle, de se marier et d'avoir des enfants. Il n'était pas possible que l'état de stress post-traumatique réapparaisse plus de 20 voire 30 ans après l'événement. Par ailleurs, le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'était pas établi car il n'avait pas été mentionné auparavant la moindre trace de trouble dépressif atteignant les critères diagnostics dûment documentés, soit un épisode dépressif ayant persisté au moins deux semaines. Il s'agissait tout au plus d'un état dépressif moyen mais en l'absence d'humeur dépressive, de diminution de l'intérêt et du plaisir, de fatigabilité, ce diagnostic ne pouvait être retenu.

On ne savait pas si l'angoisse massive apparaissant avec la réduction de la consommation d'alcool était due au sevrage ou si l'assuré présentait un trouble panique ou un trouble anxieux. Les descriptions de l'experte (idées suicidaires, angoisse de représailles, trouble du sommeil "chasseur de démons"…etc) étaient inquiétantes et pouvaient entrer dans un autre registre que ceux décrits par l'experte, et conduire à une incapacité de travail. Il convenait de questionner l'experte sur ce point. La majorité des syndromes de stress post-traumatiques se résolvaient par eux-mêmes et conduisaient dans quelques cas à une modification durable de la personnalité, sans répercussion dans la quasi-totalité des cas sur la capacité de travail des intéressés.

La Dresse N_____ estime finalement que "l'hypothèse la plus probable dans cette situation et que cet assuré a effectivement présenté un état de stress post-traumatique qui s'est résolu spontanément. Par la suite il a développé un alcoolisme primaire qui a, à la longue, échappé à tout contrôle avec des alcoolisations entraînant des répercussions tant au niveau personnel que professionnel. La consommation d'alcool est totalement banalisée par l'assuré, ce qui entre bien dans le cadre d'un alcoolisme primaire. Nous pouvons donc dire que l'assuré n'a pas présenté de maladie psychiatrique invalidante, pour preuve, le fait qu'il ait travaillé de nombreuses années de 1980 à 1993 et ce qu'il continue à faire deux jours par semaine à la bibliothèque X_____. La question à se poser est : "cet assuré présente-t-il des séquelles de son alcoolisme ?" et à cette question, il est difficile d'y répondre sur la base des éléments en ma possession. Toutefois, la précarité de la situation personnelle et professionnelle de cet assuré depuis 1993 ont certainement réactivé les souvenirs qui avaient entraîné un syndrome de stress post-traumatique et qui conduisent finalement à une modification durable de sa personnalité. Associé à cette modification durable de la personnalité, il présente des angoisses et des troubles thymiques qui ne devraient pas avoir de diagnostic posé séparément, mais

devraient entrer dans le cadre de cette modification durable de la personnalité. Pour déterminer maintenant les répercussions de ces séquelles, nous pouvons dire que la capacité de travail de cet assuré est altérée probablement depuis juins 2003, mais que nous ne pouvons pas retenir une incapacité de travail totale dans toute activité puisque l'assuré est parfaitement capable d'avoir une activité, même bénévole à la bibliothèque X_____. Il conviendrait par contre d'éventuellement soumettre cet assuré à une évaluation professionnelle pour déterminer vraiment le taux de capacité résiduelle et exigible. Ce fait s'appuie notamment sur le fait que l'expert a mentionné que l'activité bénévole à la Y_____avait un cadre structurant et cadrant ce qui pourrait aider l'assuré à retrouver un état psychique plus stable et donc lui permettre de retrouver une capacité de gains".

24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 28 août 2006, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestation de mars 2004, soit un droit à des prestations dès le 1er mars 2003. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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.

   c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

   d) 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

5. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière

irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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 352 consid. 3b/aa et les références).

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

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les

références; cf. aussi ATFA 127 V 298 consid. 4c in fine; ATF du 13 juillet 2005, I 626/04).

b) A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance 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 maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références; ATFA du 9 décembre 2003, I 563/02).

7. En l'espèce, le rapport d'expertise de la Dresse L_____ ainsi que son complément répondent aux critères permettant de leur accorder une pleine valeur probante. Ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de deux entretiens avec l'intéressé, il prend en considération les plaintes du patient ainsi que l'histoire médicale de celui-ci et ses conclusions sont bien motivées et claires.

A cet égard, la jurisprudence précitée précise que le juge ne s'écarte en principe pas d'une expertise médicale judiciaire, sous réserve de la présence de contradictions dans l'expertise elle-même ou d'opinions d'autres spécialistes apte à mettre en doute la pertinence des déductions de l'expert. En l'espèce, l'intimé conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire en se fondant sur l'avis du SMR. Or, la Dresse N_____ est médecin-interniste et ne dispose dès lors pas des compétences d'un médecin spécialiste en psychiatrie, comme l'est la Dresse L_____. Pour cette seule raison, ses remarques ne sauraient remettre valablement en cause les conclusions de l'expertise. Toutefois, sur le fond, il convient en toute hypothèse de constater ce qui suit :

La Dresse N_____ remet en cause le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent de gravité moyenne et de dépendance à l'alcool, en se fondant soit sur des considérations générales et statistiques (dans certains cas le trouble de stress post-traumatique peut conduire à une modification durable de la personnalité, en général dans la quasi-totalité des situations de stress post-traumatique, il n'y a pas d'atteinte à la capacité de travail des intéressés), lesquelles ne sont pas pertinentes pour remettre en cause les constatations et conclusions de l'experte dans le cas concret, soit en donnant sa propre vision diagnostique alors même quelle n'a pas examiné le recourant et qu'elle n'a pas les compétences pour le faire. En outre, les diagnostics de l'experte sont cohérents avec l'histoire médicale de l'assuré et ont d'ailleurs été posé par d'autres médecins ayant suivi celui-ci. Ainsi le diagnostic de dépendance à l'alcool a également été posé par la Dresse F_____ le 29 mars 2004, le Dr G_____ le 28 juin 2004 et la Dresse K_____ le 10 février 2006, celui d'état de stress post-traumatique par

la Dresse K_____ le 10 février 2006 et celui de trouble dépressif récurrent par le Dr G_____ le 28 juin 2004 et le Dr H_____ le 27 avril 2005.

La Dresse N_____ affirme ensuite que l'état de stress post-traumatique a bien évolué car l'assuré a pu travailler, se marier, fonder une famille, qu'il se serait même résolu spontanément et que l'assuré a par la suite développé un alcoolisme primaire. Ces considérations sont cependant en totale contradiction avec celles de l'experte, laquelle a clairement expliqué que la consommation d'alcool avait permis de calmer les symptômes de stress post-traumatique après l'arrivée en Suisse de l'assuré, que la consommation avait été augmentée au fil des années en raison d'un phénomène de tolérance et que les sevrages opérés avaient conduit à la manifestation du syndrome de stress post-traumatique dans toute sa gravité. Il apparaît ainsi clairement que l'état de stress post-traumatique n'a pas du tout bien évolué, ni qu'il s'est résolu spontanément mais qu'il a conduit à une consommation d'alcool de plus en plus importante, laquelle a justifié la nécessité de sevrages faisant réapparaître toute la problématique du syndrome de stress post-traumatique.

Enfin, la Dresse N_____ estime que le fait que le recourant ait été capable de travailler jusqu'en 1993 et qu'il effectue deux jours par semaine un travail bénévole constitue la preuve qu'il n'a pas présenté de maladie psychiatrique invalidante.

Concernant la capacité de travail du recourant, il ressort du dossier qu'il a exercé une activité de monteur électricien, puis quelques emplois temporaires et dès 1993 vécu une période de chômage suivie du RMCAS. Hormis une activité bénévole à la bibliothèque X_____, le recourant a été dans l'incapacité totale de travailler dès 1993 comme l'a relevé l'experte. Le fait qu'il ait pu travailler dès son arrivée en Suisse s'explique par la constatation faite par l'experte que la consommation d'alcool, moins importante au début, a permis de masquer les manifestations du syndrome de stress post-traumatique, ce qui n'a plus été le cas par la suite. L'experte parle d'un auto-traitement ayant permis d'exercer une activité professionnelle. L'argument de la Dresse N_____ n'est ainsi pas non plus pertinent, comme il n'est pas sérieux de considérer qu'une activité bénévole de deux jours par semaine, sans les contraintes et exigences d'un emploi dans le monde du travail, équivaut à une réelle capacité de travail du recourant.

Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'experte selon lesquelles le recourant est en incapacité de travail totale en raison principalement du syndrome de stress post-traumatique et du trouble dépressif récurrent de gravité moyenne, cette incapacité de travail étant durable, vu la gravité du trouble et la difficulté à le traiter. Même si l'experte n'indique pas précisément à partir de quelle date l'incapacité de travail totale a débuté, celle-ci était en tous les cas présente dès 2000, puisque le recourant a effectué trois hospitalisations pour des sevrages d'alcool dès 1999 et que l'experte considère qu'au terme des sevrages, le syndrome

de stress post-traumatique, contenu par l'effet anxiolytique de l'alcool, s'est manifesté avec toute sa gravité.

Lors du dépôt de sa demande de prestation, le 11 mars 2004, le recourant était en incapacité totale de travailler depuis au moins le 1er janvier 2000. Il a ainsi droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1er mars 2003, soit douze mois avant le dépôt de sa demande (art. 48 LAI), un motif d'admission de sa demande tardive n'étant pas réalisé, ni d'ailleurs allégué par le recourant.

8. En conséquence, le recours sera admis, la décision sur opposition de l'intimé du 20 mars 2006 sera annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er mars 2003.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours.

2. Annule la décision sur opposition de l'intimé du 20 mars 2006.

3. Dit que M. C_____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er mars 2003.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 :
Nancy BISIN	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