

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1481/2011

ATAS/1190/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié au Grand-Saconnex,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc
MARSANO

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1954, titulaire d'un CFC de mécanicien sur automobiles, a travaillé en dernier lieu en tant que magasinier.
2. Depuis la fin de l'adolescence, l'assuré est polytoxicomane. En arrêt de travail total depuis le 24 mars 2003, il a déposé une première demande de prestations AI en date du 4 avril 2003 auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport du 10 avril 2003, la Dresse L_____, médecin généraliste et médecin traitant, a indiqué que l'assuré souffrait de polytoxicomanie chronique depuis l'âge de 25 ans, de gastrite chronique avec hernie hiatale, d'un état anxio-dépressif et d'une bronchite chronique. L'incapacité de travail était totale depuis le 24 mars 2003.
4. Un examen psychiatrique a été effectué au SMR en date du 25 février 2005 par la Dresse M_____. Dans son rapport du 7 mars 2005, signé « Dresse M_____ psychiatre FMH », elle a diagnostiqué divers troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés, de dérivés du cannabis et de la cocaïne, affections sans répercussion sur la capacité de travail. Elle a conclu que les toxicomanies ne justifiaient pas à elles seules une incapacité de travail et n'étaient ni la conséquence, ni l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité.
5. Par décision du 18 mars 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assuré.
6. L'opposition formée par l'assuré a été rejetée par décision de l'OAI du 19 mai 2005, au motif que l'examen clinique au SMR du 25 février 2005 avait été pratiqué *lege artis* par un spécialiste FMH, de sorte qu'il avait valeur probante. La décision, non contestée, est entrée en force.
7. Le 29 septembre 2006, le Dr N_____, du service de psychiatrie pour adultes des HUG, médecin traitant de l'assuré depuis janvier 2006, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il a indiqué que le patient présentait, avec répercussions sur la capacité de travail, des troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacés et un syndrome de dépendance depuis 1980, ainsi qu'un épisode dépressif majeur depuis 2003. Il a aussi diagnostiqué des troubles mentaux liés à une utilisation d'alcool nocive pour la santé depuis 1990, sans répercussion sur la capacité de travail. Un traitement de substitution par méthadone avait été prescrit, associé à des antidépresseurs, des antalgiques et des somnifères. L'état de santé du patient allait s'aggraver. L'assuré présentait une tristesse manifeste, associée à des

pleurs spontanés, avec une humeur dépressive, une prédominance d'apathie, un évitement social, des idées suicidaires, une anxiété et des sentiments pseudo-délirants. Le praticien a encore constaté de multiples cicatrices sur l'avant-bras et les membres inférieurs, lésions provoquées par les injections d'héroïne. Les troubles psychiques entraînaient une incapacité de travail de 100 % depuis 2004.

8. Le 18 mai 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé. Il a joint le rapport du Dr N_____ du 29 septembre 2006.
9. Le 26 juin 2007, l'OAI a reçu copies de divers examens pratiqués à l'INSTITUT D'IMAGERIE MEDICALE, dont notamment une radiographie de l'épaule du 13 mars 2001, à la suite de laquelle le Dr O_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une périarthrite calcifiante, ainsi qu'une IRM du genou gauche du 2 juin 2004 qui a mis en évidence, selon le Dr P_____, spécialiste FMH en radiologie, une déchirure en anse de seau de la corne postérieure du ménisque interne, un épanchement intra-articulaire significatif et des contusions en regard de l'aïlaron rotulien interne.
10. Dans un avis du 29 novembre 2007, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR), sous la plume de la Dresse Q_____, a indiqué que l'aggravation de la toxicomanie était la raison principale de la demande et qu'il n'y avait ni atteinte à la santé préexistante, ni séquelles de cette toxicomanie, donc aucune limitation fonctionnelle et pas d'incapacité de travail durable.
11. Par décision du 25 janvier 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé. Se référant à l'avis du SMR, l'OAI a retenu que la toxicomanie n'était pas en soi invalidante.
12. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 28 février 2008, alléguant qu'il souffrait de troubles psychiques et physiques graves et irréversibles. Il a produit un certificat médical du Dr R_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant depuis le 18 décembre 2006, attestant que le patient présentait un état dépressif chronique majeur. L'assuré alléguait souffrir également de broncho-pneumopathie chronique obstructive secondaire à un tabagisme actif chronique. Le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies respiratoires et soins intensifs, a attesté, le 30 juin 2008, que le recourant présentait un syndrome obstructif pulmonaire sévère avec une capacité respiratoire limitée à l'effort ainsi qu'une saturation d'oxygène au repos, à l'air ambiant, de 88 %, nécessitant une oxygénothérapie continue. Par ailleurs, il était traité par CPAP (traitement de ventilation par pression positive continue) pour l'apnée du sommeil.

13. Par arrêt du 9 octobre 2008 (ATAS/1160/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent, a admis partiellement le recours, annulé la décision du 25 janvier 2008 et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la demande du 18 mai 2007 et rende une nouvelle décision. Le TCAS a relevé dans ses considérants que l'évaluation psychiatrique du Dr N_____ ne saurait être considérée sans autre comme une évaluation différente par rapport à celle du SMR du 7 mars 2005, ce d'autant que l'examen clinique effectué le 25 février 2005 par la Dresse M_____ n'avait pas été pratiqué par un spécialiste FMH, si bien que l'on ne pouvait reconnaître une pleine valeur probante à son rapport subséquent du 7 mars 2005, qui était entaché du même vice. D'ailleurs, plus de quinze mois s'étaient écoulés entre l'examen du 25 février 2005 et le rapport du Dr N_____ du 29 septembre 2006 signalant une aggravation. Enfin, le TCAS a considéré que l'avis dissident du SMR du 29 novembre 2007 ne pouvait se voir accorder pleine valeur probante, au motif qu'il n'était pas de la compétence du médecin de porter des appréciations juridiques et que les observations de la praticienne, non spécialisée en psychiatrie, relatives au caractère prétendument « parfaitement réversibles » de l'état anxio-dépressif ou de l'état dépressif chronique majeur diagnostiqués chez l'assuré étaient lapidaires et nullement étayées.
14. Le 13 novembre 2008, l'assuré a adressé à l'OAI le formulaire de demande de prestations AI pour adultes. Il a mentionné qu'il était en arrêt de travail depuis le 24 mars 2003 et a sollicité l'octroi d'une rente.
15. L'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qui a été réalisé par le Centre d'expertise médicale (ci-après: le CEMED) en date des 17 et 23 juin 2009. L'assuré a été examiné par le Dr T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et la Dresse U_____, spécialiste FMH en pneumologie. Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu les diagnostics de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F 10.25), de dépendance au cannabis, utilisation continue (F 12.25), de dépendance aux opiacés, actuellement en régime de substitution (méthadone) sous surveillance médicale (F 11.22), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et dépendants (F 61). Le psychiatre a relevé que dans le cas d'espèce, il paraissait évident que l'utilisation des toxiques, notamment de l'alcool, avait été favorisée, si ce n'était provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant). Il paraissait donc difficile de voir là une toxicomanie « primaire » au sens où l'AI l'entendait, contrairement à ce qu'avaient estimé les médecins du SMR en 2005 et 2008. Concernant les répercussions sur la capacité de travail, on imaginait mal que l'expertisé, dans l'état de délabrement physique et psychique où il se trouvait actuellement, puisse être engagé par un employeur, pas plus qu'on n'imaginait qu'il soit capable d'être à la hauteur des exigences de ponctualité, de performance et de régularité propres à une activité professionnelle. Les limitations tenaient aux

diminutions des facultés cognitives (attention, concentration) dues à l'imprégnation par les toxiques, surtout l'alcool, et à la diminution de la motivation due à la dépression. Sur le plan somatique, il a été mis en évidence une broncho-pneumopathie chronique de degré modéré contribuant largement à la dyspnée, une hypercapnie et une hypoxémie compatible avec une hypoventilation alvéolaire sévère liée d'une part à l'obésité et d'autre part à la broncho-pneumopathie obstructive chronique. Ces éléments ventilatoires étaient certainement aggravés par la Méthadone et le Lexotanil, mais ces substances ne pouvaient expliquer en totalité les anomalies gazométriques. La polygraphie nocturne confirmait la gravité de l'hypoventilation alvéolaire et de l'hypoxémie, et révélait l'agitation nocturne liée à un syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs. Ces éléments constituaient un net handicap à l'activité physique, même modérée, et étaient une contre-indication formelle à la conduite automobile qui devait être interrompue jusqu'à un traitement adéquat et une mesure objective du maintien de l'éveil et de l'attention. L'importance de l'hypoxie et de l'hypercapnie contribuaient très probablement aux troubles psychiques du patient et altéraient sa capacité de concentration, peut-être même de raisonnement et de discernement. Sur le plan psychique, on était en présence d'un tableau sévère caractérisé par des dépendances multiples survenues dès l'adolescence. Selon toute vraisemblance, l'expertisé était actuellement incapable de faire face aux exigences d'une activité professionnelle et seule une activité occupationnelle paraissait envisageable. L'état actuel était présent dans ses grandes lignes depuis mars 2003. Vu la persistance des troubles en dépit d'un traitement adéquat et l'imprégnation chronique du système nerveux par divers toxiques, il n'y avait pas de perspective d'amélioration significative dans un délai prévisible et la capacité de travail ne pouvait être améliorée sur le plan psychique. Les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle, depuis plusieurs années sur le plan somatique et depuis mars 2003 probablement sur le plan psychique.

16. Par avis du 12 août 2009, sous la plume du Dr V_____, le SMR a considéré que l'expertise réalisée par le CEMED était convaincante et qu'il pouvait suivre ses conclusions. L'incapacité de travail durable de l'assuré était ainsi de 100% depuis mars 2003.
17. Le 22 septembre 2009, l'OAI a notifié au mandataire de l'assuré un projet d'acceptation de rente, aux termes duquel l'assuré avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juillet 2009, le taux d'invalidité retenu étant de 100%. Selon l'OAI, sa décision initiale du 18 mars 2005 était manifestement erronée, de sorte qu'il convenait de la reconsidérer et d'octroyer la rente à partir du moment où le vice avait été découvert, à savoir lors de l'expertise du CEMED.
18. Par décision du 12 novembre 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2009, d'un montant de 1'614 fr. par mois.

19. Représenté par son mandataire, l'assuré a interjeté recours auprès du TCAS contre cette décision en date du 10 décembre 2009, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à tout le moins depuis le 18 octobre 2007.
20. Dans le délai imparti par le TCAS pour déposer sa réponse, l'OAI a rendu une nouvelle décision en date du 21 décembre 2009 annulant la précédente et prononçant le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision.
21. Par arrêt du 13 janvier 2010 (ATAS/13/2010), le TCAS a pris acte de cette décision, déclaré le recours sans objet et rayé la cause du rôle.
22. Par courriers des 12 avril 2010 et 16 septembre 2010, le mandataire de l'assuré a interpellé l'OAI afin qu'il rende une décision d'ici au 11 octobre 2010, à défaut de quoi il saisirait le TCAS pour déni de justice. Le 20 octobre 2010, le mandataire de l'assuré est intervenu à nouveau auprès de l'OAI, précisant que les délais imposés à l'assuré pour le traitement de son dossier péjoraient sa santé.
23. Par avis du 22 octobre 2010, sous la plume de la Dresse Q_____, le SMR a considéré que l'expertise réalisée par le CEMED s'écartait clairement des appréciations du SMR concernant notamment le caractère primaire de la toxicomanie du recourant. Or, l'expert du CEMED retenait une toxicomanie secondaire sans se baser sur la jurisprudence ni expliquer les raisons le faisant s'écarter de l'avis de 2005 de la Dresse M_____. Contrairement aux appréciations du SMR, l'expert avait également retenu sans l'expliquer un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique. En définitive, la Dresse Q_____ a estimé qu'il existait dans l'expertise du CEMED de nombreuses discordances au niveau des diagnostics, de l'évolution et de l'éthologie de la toxicomanie. Selon elle, il convenait donc de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.
24. Par courrier du même jour, l'OAI a informé le mandataire de l'assuré qu'il allait mettre en place une expertise au SMR dans les meilleurs délais, dans le but de clarifier les griefs formulés par son mandant dans son recours du 10 décembre 2009.
25. Un examen clinique psychiatrique a été effectué au SMR par le Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en date du 17 novembre 2010. Par ailleurs, la Dresse D_____, pneumologue FMH, a donné une appréciation sur documents. Le médecin a retenu, au titre de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, des troubles mentaux dus à une affection physique, des troubles cognitifs moyens (F 06.7), un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinant (F 10.20) et un syndrome des jambes sans repos (G 25.8). En revanche, le syndrome de dépendance aux opiacés, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, la broncho-

pneumopathie chronique obstructive de degré moyen et le status après pancréatite aiguë nécrosante étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le médecin a relevé que lors de l'examen psychiatrique actuel, l'assuré se plaignait de troubles de la mémoire, de manque de mots et de troubles de la concentration. Les troubles cognitifs, qui persistaient et retentissaient sur la capacité de travail, pouvaient être irréversibles ou ne s'améliorer que partiellement si la désaturation en oxygène avait été importante. De plus, cet assuré avait d'autres raisons de présenter des troubles cognitifs puisqu'il avait été longuement alcoolique et toxicomane aux opiacés. S'agissant de la date d'apparition des problèmes respiratoires retentissant sur la capacité de travail, il fallait retenir début 2008, ceci sur la base d'un rapport du Dr R_____ du 2 février 2009. S'agissant du trouble dépressif récurrent, un premier épisode avait eu lieu vers 2001, soigné par le Dr N_____, et un deuxième épisode était survenu en février 2008. En conclusion, l'assuré présentait une incapacité de travail totale liée à des troubles cognitifs dans la genèse desquels il fallait incriminer à la fois une toxicomanie de longue durée et une insuffisance respiratoire globale sur une BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), à laquelle s'étaient ajoutés d'importants troubles respiratoires nocturnes. Ces troubles cognitifs étaient vraisemblablement en partie irréversibles. Les épisodes dépressifs étaient survenus après la fin des années nonante alors que l'alcoolisme était déjà bien présent. Il ne faisait aucun doute que cette toxicomanie était secondaire au sens où la médecine l'entendait, mais que les critères AI d'une toxicomanie secondaire faisaient défaut. Cette toxicomanie et les troubles respiratoires importants étaient à l'origine de séquelles neuropsychologiques incapacitantes sur le long terme et les médecins du SMR ont retenu une incapacité de travail totale depuis début 2008.

26. Par décision du 19 avril 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009.
27. Par acte du 19 mai 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1^{er} janvier 2011. Il a relevé en premier lieu que, comme l'avait souligné le TCAS dans son arrêt, le rapport du Dr N_____ du 29 septembre 2006 indiquait expressément que l'état de santé de l'assuré allait en s'aggravant depuis la décision sur opposition rendue par l'OAI le 19 mai 2005. Ce médecin avait en outre diagnostiqué un état dépressif majeur depuis 2003 et avait certifié qu'il présentait une incapacité de travail totale, laquelle ne pouvait par ailleurs pas être améliorée par des mesures médicales. Par ailleurs, l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le CEMED et ses conclusions confirmaient le caractère concret de son invalidité et sa préexistence largement antérieure au 1^{er} janvier 2008. Cette expertise était extrêmement claire sur le plan psychique, relevant que son invalidité était entière depuis au moins mars 2003. L'assuré jugeait incompréhensible que l'OAI, à réception de l'expertise du CEMED en juin 2009, ait décidé unilatéralement, dans

la mesure où les conclusions de ladite expertise ne lui convenaient pas, d'en ordonner une deuxième, le plaçant dans une situation d'attente intolérable et indigne au vu de sa situation de santé. Il a relevé que toutes les prises de position de l'OAI, qui n'avait cessé de s'acharner à nier les pathologies mentales invalidantes, s'étaient révélées totalement dissidentes par rapport aux nombreux rapports médicaux indépendants versés à la procédure, dont notamment l'expertise du CEMED. Pour le surplus, le rapport du 21 décembre 2010 du Dr W _____, du SMR, était entaché d'erreurs factuelles importantes, notamment dans la mesure où il faisait totalement l'impasse sur les rapports médicaux antérieurs à l'année 2008, dont celui de la Dresse L _____ et celui du Dr N _____. Dès lors, le rapport du Dr W _____ se basait sur un état de fait incomplet et erroné lorsqu'il fixait le début des pathologies mentales invalidantes au 1^{er} janvier 2008. L'assuré a encore relevé, concernant l'avis médical de la Dresse Q _____, du SMR, laquelle n'était au bénéfice d'aucune spécialisation en psychiatrie, qu'il était aberrant que celle-ci prétende formuler une quelconque critique de l'expertise du CEMED. L'assuré a conclu à l'admission du recours et à ce que son invalidité pleine et entière soit reconnue depuis mars 2003, de sorte qu'il était en droit de percevoir une rente entière d'invalidité depuis le 24 mars 2004.

28. Dans sa réponse du 13 juillet 2011, l'OAI a indiqué s'être fondé sur un examen clinique psychiatrique réalisé au sein du SMR le 17 novembre 2010, dont les diagnostics posés étaient clairs et les conclusions motivées et exemptes de contradictions, au contraire de l'expertise réalisée par le CEMED. A la lecture des arguments mis en avant par les spécialistes du CEMED pour justifier une complète incapacité de travail sur le plan psychiatrique, il convenait de constater que l'assuré était entravé dans sa capacité de travail uniquement par sa dépendance, laquelle ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la jurisprudence fédérale. Les experts relevaient en effet que les limitations étaient dues à l'imprégnation par les toxiques. En outre, lorsque les experts du CEMED retenaient que tous les diagnostics psychiatriques étaient présents depuis la fin de l'adolescence, l'examen attentif des pièces du dossier en relation avec l'histoire de l'assuré permettait de nier que la toxicomanie était la conséquence d'une atteinte à la santé mentale de nature pathologique préexistante. L'histoire de la toxicomanie remontait à l'époque où l'assuré était âgé de 17 ans et commençait une consommation d'alcool puis de cannabis. Toutefois, l'assuré avait mené à bien un apprentissage de mécanicien, certifié par l'obtention d'un CFC, et malgré sa consommation, il avait été à même d'exercer différentes activités durant de nombreuses années. Il y avait partant lieu d'admettre que préalablement à sa toxicomanie, l'assuré ne souffrait pas d'un état pathologique susceptible de provoquer une diminution permanente ou de longue durée de sa capacité de gain indépendamment de sa dépendance. Par conséquent, les conclusions du CEMED ne pouvaient être suivies s'agissant du volet psychiatrique et c'était dès lors à bon droit que l'OAI retenait comme probant le rapport d'examen clinique psychiatrique réalisé le 17 novembre 2010 au sein du

SMR, les conclusions dudit examen étant en outre corroborées par le rapport médical du Dr R_____. En définitive, l'OAI a conclu au rejet du recours.

29. Après communication de cette écriture au recourant, 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 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 229 consid. 1.1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art.89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

4. Le litige consiste à déterminer depuis quand le recourant présente un degré d'invalidité de 100 % ouvrant droit à une rente entière de l'assurance invalidité.

5. 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). 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 donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

Avec l'entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

b) Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1^{bis} LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de

gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Selon la jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie ne joue un rôle dans l'assurance-invalidité que 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 que si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 268 consid. 3c; VSI 1996 p. 317, 320 et 323). En tant qu'elle n'est ni la cause, ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité (ATF non publié 9C_219/07 du 3 avril 2008, consid. 3).
7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).
- b) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss).

Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

8. a) À teneur de l'art. 53 al. 1^{er} LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (cf. arrêt D. du 28 avril 2005 [I 183/04], consid. 2.2 et les références).

Selon la jurisprudence, sont considérés comme "nouveaux" pouvant donner lieu à une révision procédurale, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF non publié du 3 juillet 2002, H 121/02). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte

que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références).

b) La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1^{er} LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références).

Pour déterminer le moment de la découverte du motif de révision, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) par le représentant légal mandaté ultérieurement, mais il faut examiner à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif de révision (ATF non publié du 13 mars 2007, U 120/06 consid. 4 et la référence).

c) La révision procédurale produit des effets *ex tunc* (ATF 122 V 134, consid. 4d; ATF 129 V 211, consid. 3.2.2).

9. 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).
10. En l'espèce, pour fonder sa décision, l'intimé s'est appuyé sur les conclusions de son service médical. Il a retenu que le recourant présentait une atteinte à la santé depuis janvier 2008, lui donnant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009.

Le recourant conteste cette appréciation et se réfère au rapport d'expertise du CEMED selon lequel il présente une incapacité totale de travail depuis mars 2003, lui donnant droit à une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2004.

11. a) Les médecins du CEMED ont réalisé une expertise pluridisciplinaire les 17 et 23 juin 2009 à la demande de l'intimé. Au terme de leur analyse, ils sont parvenus à la conclusion claire que la capacité de travail du recourant était nulle, depuis plusieurs années sur le plan somatique et depuis mars 2003 probablement sur le plan

psychique. Les limitations quant à la capacité de travail tenaient aux diminutions des facultés cognitives (attention, concentration) dues à l'imprégnation par les toxiques, surtout l'alcool, et à la diminution de la motivation due à la dépression. Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu les diagnostics de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F 10.25), de dépendance au cannabis, utilisation continue (F 12.25), de dépendance aux opiacés, actuellement en régime de substitution (méthadone) sous surveillance médicale (F 11.22), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et dépendants (F 61). L'expert psychiatre a relevé que la toxicomanie du recourant était clairement secondaire, l'utilisation des toxiques ayant été favorisée, si ce n'était provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant). Sur le plan somatique, il a été mis en évidence une broncho-pneumopathie chronique de degré modéré contribuant largement à la dyspnée, une hypercapnie et une hypoxémie compatible avec une hypoventilation alvéolaire sévère liée d'une part à l'obésité et d'autre part à la broncho-pneumopathie obstructive chronique.

La Cour relève que lors de leur expertise, les experts du CEMED ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une vingtaine de pages est circonstancié. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Ils ont en outre expliqué de manière convaincante pourquoi la toxicomanie du recourant devait être considérée comme secondaire et non primaire, dans la mesure où l'utilisation des toxiques, notamment de l'alcool, avait été favorisée, si ce n'était provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant).

b) Le SMR, sous la plume du Dr V_____, a dans un premier temps considéré que l'expertise réalisée par le CEMED était convaincante et que l'incapacité de travail durable du recourant était totale depuis mars 2003.

Dans un second temps, suite au recours de l'assuré contre la décision du 12 novembre 2009, le SMR, sous la plume de la Dresse Q_____, a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMED, estimant qu'elle renfermait de nombreuses discordances au niveau des diagnostics, de l'évolution et de l'éthologie de la toxicomanie.

L'intimé a donc procédé à un complément d'instruction et requis un examen clinique psychiatrique effectué au SMR. Les médecins du SMR ont retenu, au titre

de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, des troubles mentaux dus à une affection physique, des troubles cognitifs moyens (F 06.7), un syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent (F 10.20) et un syndrome des jambes sans repos (G 25.8). En revanche, le syndrome de dépendance aux opiacés, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, la broncho-pneumopathie chronique obstructive de degré moyen et le status après pancréatite aiguë nécrosante étaient sans répercussion sur la capacité de travail. En conclusion, ils ont retenu que le recourant présentait une incapacité totale de travail depuis début 2008 liée à des troubles cognitifs dans la genèse desquels il fallait incriminer à la fois une toxicomanie de longue durée et une insuffisance respiratoire globale sur une broncho-pneumopathie chronique obstructive, à laquelle s'étaient ajoutés d'importants troubles respiratoires nocturnes.

12. L'intimé reproche aux experts du CEMED de ne pas avoir tenu compte de la jurisprudence fédérale dans leur analyse, notamment pour retenir une toxicomanie secondaire et une incapacité de travail totale depuis 2003. A cet égard, la Cour de céans souligne que le fait de porter des appréciations juridiques n'est précisément pas de la compétence du médecin (ATFA du 4 juin 2003, cause I 748/02, consid. 4.2). Par ailleurs, les médecins du SMR ont fixé au début de l'année 2008 seulement le début de l'incapacité totale de travail du recourant, ce qui paraît douteux aux yeux de la Cour. En effet, il ressort clairement des rapports des Drs L_____ et N_____ - au demeurant totalement ignorés par les médecins du SMR - que le recourant présentait une incapacité totale de travail durable bien avant janvier 2008. Les experts du CEMED ont quant à eux retenu une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2003, à l'instar de la Dresse L_____. Malgré certaines appréciations divergentes, telles que celle des médecins du SMR ou du Dr N_____ qui retient une incapacité totale de travail depuis 2004, la conclusion des experts du CEMED paraît tout à fait convaincante. A cet égard, la Cour de céans rappelle que ces derniers ont eu à disposition l'entier du dossier médical du recourant et qu'ils ont procédé à un examen clinique tant du point de vue psychiatrique que pneumologique. Les médecins du SMR, quant à eux, se sont limités à un examen clinique psychiatrique, le pneumologue donnant simplement une appréciation sur documents. Le rapport du CEMED d'une vingtaine de pages est d'ailleurs plus complet et plus étayé que le rapport du SMR.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que le rapport des experts du CEMED revêt pleine valeur probante. Quant au rapport des médecins du SMR, il s'agit en fait d'une nouvelle appréciation des mêmes faits qui se fonde sur un dossier incomplet, dès lors qu'il fait abstraction, notamment, des rapports des Drs L_____ et N_____. Il ne saurait donc être déterminant dans le cas d'espèce.

13. En définitive, c'est donc à tort que l'intimé a retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le début de l'année 2008 seulement. Au contraire, il ressort des différentes pièces du dossier et de l'expertise convaincante des médecins du CEMED que c'est depuis le 24 mars 2003 déjà que le recourant présente une incapacité totale de travail et un degré d'invalidité de 100 % ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.
14. Compte tenu de la décision entrée en force du 18 mars 2005 par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, il convient à ce stade de déterminer depuis quand le recourant a droit à une rente entière.

a) La Cour de céans constate que les experts du CEMED sont les premiers médecins à avoir mis en évidence que les dépendances multiples du recourant s'étaient développées sur un terrain psychologique particulièrement fragile caractérisé par une grande faiblesse, une anxiété sociale majeure et un comportement dépendant, non seulement par rapport aux substances toxiques dès l'adolescence, mais aussi dans sa vie affective et relationnelle. Pour la première fois, il apparaît à la lecture du rapport du CEMED que l'utilisation des toxiques, notamment de l'alcool, a été favorisée, voire provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée par le recourant dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant). Selon les experts, les multiples dépendances sont en effet étroitement liées à un trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et dépendants (F 61) et la toxicomanie du recourant est clairement secondaire. Ils ont expliqué que l'anxiété cliniquement significative avait vraisemblablement atteint le degré d'une véritable phobie sociale, c'est-à-dire une anxiété cliniquement significative provoquée par les stimuli sociaux accompagnée d'un comportement d'évitement dommageable, notamment dans les relations avec les partenaires potentielles. Assez rapidement toutefois, l'usage de toxiques, notamment d'alcool, était venu "noyer" l'angoisse sociale qui était passée au second plan tandis que l'utilisation des toxiques et ses conséquences délétères sur la vie sociale et la santé avait occupé le devant de la scène.

Avant les experts du CEMED, aucun médecin n'avait évoqué une implication de l'état psychique du recourant dans ses multiples dépendances. Par conséquent, leur rapport du 24 juillet 2009 met clairement en évidence des faits nouveaux (anciens), au demeurant importants dès lors qu'ils permettent de retenir une toxicomanie secondaire constitutive d'invalidité.

b) Les délais prévus à l'art. 67 PA ne posent pas de problème particulier. La décision entrée en force du 18 mars 2005 a en effet été notifiée il y a moins de dix ans et la découverte des faits nouveaux a eu lieu alors que le recourant avait déjà déposé sa nouvelle demande de prestations.

c) Par conséquent, il convient d'admettre en l'espèce un cas de révision procédurale, laquelle produit des effets *ex tunc* (ATF 122 V 134, consid. 4d; ATF 129 V 211, consid. 3.2.2). Dans la mesure où le recourant a présenté de façon prolongée une incapacité de travail de plus de 40% dès le 24 mars 2003, et qu'il présentait encore à l'issue du délai d'attente une incapacité de travail de 40 % au moins, son droit à la rente est né le 24 mars 2004 (art. 29 al. 1^{er} LAI). Dès cette date, il a dès lors droit à une rente entière d'invalidité.

15. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 19 avril 2011 annulée.
16. Le recourant, qui obtient gain de cause, aura droit à une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA et art. 61 let. g LPGa).
17. En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans le sens des considérants.
3. Dit que Monsieur A _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 24 mars 2004.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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