



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2148/2004

ATAS/960/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 12 septembre 2007

En la cause

Monsieur F _____, domicilié CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André
SCHNEIDER

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951 et au bénéfice d'une formation de peintre en lettres sans certificat fédéral de capacité, a commencé à consommer du haschich, en 1967, et a été placé à la Clairière en 1968. Puis, en 1969, il a débuté une consommation quotidienne d'héroïne. En 1982, il est parti à Verbier pour essayer de rompre avec le milieu de la drogue et a rechuté lors de ses passages à Genève. En 1993, une tentative de sevrage avec méthadone a échoué et l'assuré est parti vivre à Draguignan (France) où il a entrepris un traitement de substitution (Subutex). En 1998, il est revenu à Genève et a repris une consommation d'héroïne, tout en débutant une cure de méthadone à la Fondation PHENIX.
2. Le 19 juin 2000, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport du 22 mai 2001, la Dresse A _____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une structure de personnalité de type borderline proche de la lignée psychotique, une perte de rapport à la réalité, une immaturité affective, des troubles massifs de l'identité et des troubles narcissiques. Elle a également diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement dus à l'utilisation d'opiacés (F11.22) et liés à l'utilisation d'alcool (F10.21), un tabagisme chronique (F17.24), une hépatite C chronique (B18.2), une hypertension artérielle, des facteurs de stress psychosociaux durables, des problèmes familiaux, une incapacité à s'insérer dans une activité professionnelle. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} janvier 1971. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, elle a précisé que la toxicomanie très grave existant depuis l'adolescence (1971) était la conséquence d'une inadaptation sociale et affective et qu'elle était la cause des troubles de l'humeur de la personnalité et de l'affectivité.
4. Le 16 octobre 2002, l'OCAI a communiqué à l'assuré qu'il confiait un mandat d'expertise au Dr B _____.
5. A la suite de la mise en œuvre d'une expertise par l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après : OCAI), le Dr B _____, psychiatre et psychothérapeute, a examiné l'assuré, les 18, 20 et 29 novembre 2002 ainsi que le 5 décembre 2002. Dans son rapport du 5 janvier 2003, l'expert a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés avec syndrome de dépendance sous substitution de méthadone (F11.22), des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool avec syndrome de dépendance et utilisation continue (F10.25), des troubles de l'humeur avec épisode dépressif moyen (F32.10), d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une dépendance aux benzodiazépines avec utilisation continue (F13.25), une dépendance au tabac avec

utilisation continue (F17.25), une hypertension artérielle, enfin une hépatite B et C. Il a précisé que l'assuré était dépendant à l'alcool depuis 1971. Il a estimé que l'état dépressif et les troubles anxieux secondaires étaient directement liés à la consommation régulière d'alcool, de méthadone ainsi que de benzodiazépines et que la toxicomanie était liée aux conditions de vie de l'enfance à la Dickens. Il a considéré que l'alcoolisme provoquait une atteinte somatique impliquant une baisse de la capacité de travail quant aux performances et que l'état dépressif rendait difficile une reprise de travail quant à la ponctualité et au rendement.

6. Par décision du 25 septembre 2003, l'OCAI a estimé que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et a rejeté la demande de rente d'invalidité.
7. Le 24 octobre 2003, l'assuré a formé opposition contre cette décision et a demandé un réexamen de son cas en raison d'une nette aggravation de sa situation psychologique et sociale ainsi que de sa santé physique générale depuis le dépôt de sa demande.
8. Dans un rapport du 24 novembre 2003, la Dresse A_____ a indiqué que les troubles massifs de l'identité et les troubles narcissiques entraînaient des troubles du comportement et de la personnalité. Elle a expliqué que ces graves troubles remontaient à l'enfance ainsi qu'à l'adolescence et qu'ils étaient liés à la pathologie du milieu familial. Elle a précisé que, durant sa scolarité, l'assuré avait fait l'objet d'un suivi psychologique au service médico-pédagogique réservé à l'époque aux enfants présentant ce type de pathologie. Elle a ajouté que le patient était devenu toxicomane pour lutter contre sa dépression ainsi que son manque d'identité et que la toxicomanie avait contribué à accentuer ses troubles de la personnalité ainsi que du comportement. Enfin, elle a mentionné que, depuis son retour de France, l'assuré vivait seul reclus dans son appartement et était incapable de mener toute vie sociale car il souffrait d'une phobie sociale.
9. Dans sa décision sur opposition du 30 septembre 2004, l'OCAI a considéré que le dernier rapport de la Dresse A_____ ne faisait pas état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il a rejeté l'opposition considérant que l'appréciation du médecin-traitant constituait une interprétation différente d'une situation analogue à celle décrite par l'expert psychiatre dont l'avis prévalait.
10. Par acte du 19 octobre 2004, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité s'estimant incapable de supporter les pressions de la vie professionnelle. En outre, il a demandé à pouvoir compléter son recours après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI.
11. Par mémoire complémentaire du 14 janvier 2005, le recourant a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} janvier 1972, sous suite de

dépens. Il a considéré que le rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante en raison de son caractère incomplet et de l'incompétence de l'expert en matière de toxicomanie ainsi que de sa partialité. De plus, il a soutenu que l'intimé n'avait pas tenu compte de tous les rapports médicaux en sa possession et s'était basé à tort sur cette expertise pour refuser une rente. Il a contesté, d'une part, qu'il ne souffrait d'aucune atteinte psychique durable et importante, d'autre part, que son incapacité de travail résultait de sa mauvaise volonté. Il a produit le rapport du 1^{er} décembre 2004 du Dr C _____, psychiatre et médecin directeur de la Fondation PHENIX. Dans ce rapport, le Dr C _____ a contesté les conclusions de l'expert considérant que l'origine de la dépression était imputable à la consommation d'alcool, de méthadone et de benzodiazépines. Il a expliqué que la famille du recourant présentait d'importants troubles psychiatriques dont leur cause majeure était génétique. Il a précisé que le patient avait consommé des drogues et médicaments pour atténuer ses souffrances psychiques, de sorte qu'il s'agissait d'une conséquence de la dépression et non de sa cause. Il a estimé que la majorité des psychiatres n'avait pas de formation ni d'expériences dans le domaine de la médecine des addictions et considérait à tort la méthadone comme une drogue de substitution aux mêmes effets que l'héroïne. Il a ajouté que le patient avait pu se sevrer totalement de l'alcool et des benzodiazépines depuis plus d'une année mais que cette abstinence ne résolvait pas les problèmes à la base de son incapacité de travail, à savoir la fragilité psychiatrique, l'intolérance au stress, les troubles anxieux, eux-mêmes secondaires aux troubles du comportement et de la personnalité.

12. Dans sa réponse du 16 février 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours et a précisé qu'il n'avait rien à ajouter à la motivation de sa décision sur opposition qu'il maintenait.
13. Après avoir donné la possibilité aux parties de formuler les questions destinées à l'expert et de faire part de leurs éventuels motifs de récusation, par ordonnance du 20 janvier 2006, le Tribunal a mis en œuvre une expertise qu'il a confiée au Dr D _____, psychiatre et psychothérapeute.
14. Dans son rapport d'expertise du 10 janvier 2007, le Dr D _____ a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen (F33.10), une dépression actuelle modérée, un trouble anxieux - anxiété généralisée (F41.1) avec crises d'attaque de panique paroxystiques (F41.0), des troubles de la mémoire et une hépatite C chronique. Il a expliqué que le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux entraînaient une baisse de la capacité de travail (diminution de la concentration, aptitude, baisse d'énergie et motivation) et favorisaient l'insécurité et la perte de confiance. Il a estimé que le trouble dépressif remontait très probablement à l'enfance et à l'adolescence, alors que le trouble anxieux avait probablement commencé à l'adolescence et avait favorisé le début de la consommation de toxiques sédatifs

ainsi que les comportements déviants dans la mesure où la consommation de toxiques (cannabis et alcool) avait commencé à l'adolescence et celle des opiacés vers l'âge de 19 ans. Il a précisé, d'une part, que l'hépatite C chronique pouvait favoriser et aggraver un trouble dépressif et anxieux déjà préexistant, d'autre part, que les troubles de la mémoire étaient probablement la conséquence d'une longue dépendance à l'alcool et des périodes d'abus de benzodiazépines. Il a conclu à une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le retour de l'assuré en Suisse, en 1998. Il a indiqué que la capacité de travail résiduelle était nulle en raison de l'instabilité de l'humeur dépressive, des troubles anxieux de longue durée ainsi que des troubles de la mémoire.

15. Dans son écriture du 29 janvier 2007, le recourant a relevé que l'expertise du Dr D_____ confirmait les rapports de la Dresse A_____ et du Dr C_____ de sorte qu'il persistait dans les conclusions de son recours.
16. Par écriture du 7 mars 2007, l'intimé a considéré que les conclusions de l'expert n'étaient pas motivées et ne remplissaient pas les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante. Il a estimé que les avis concordants du Dr B_____ et de son Service médical régional (ci-après : SMR) confirmaient les conclusions de l'OCAI. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. Il a produit un avis du 19 février 2007 du Dr E_____, généraliste et médecin du SMR, considérant que l'expertise du Dr D_____ donnait l'impression que l'expert n'était pas neutre, qu'il prenait le parti de l'assuré et décrivait les plaintes de l'assuré sans recul, ni analyse. En outre, le Dr de E_____ a exposé que l'expertise ne mentionnait aucun élément médical objectif laissant supposer une pathologie grave susceptible d'entraîner une incapacité de travail de longue durée dès lors qu'un état dépressif moyen n'était pas d'une gravité suffisante à cet égard.
17. Le 28 mars 2007, le Tribunal a demandé à l'expert de compléter son expertise en répondant formellement à certaines questions de son ordonnance d'expertise du 20 janvier 2006.
18. Dans son complément d'expertise du 16 juin 2007, le Dr D_____ a précisé que le trouble dépressif récurrent, la dépression actuelle, le trouble anxieux - anxiété généralisée avec crises d'attaque de panique paroxystiques, les troubles de la mémoire entraînaient, chacun, une incapacité de travail de 100% et que l'hépatite C chronique avait pour conséquence une incapacité de travail de 50%. Il a expliqué que les difficultés scolaires de l'assuré et son développement dans un contexte familial très instable permettaient de fixer le début de la problématique dépressive et anxieuse à son enfance et son adolescence. Il a conclu que le recourant présentait une atteinte à la santé psychique à l'origine de sa toxicomanie, à savoir un trouble dépressif récurrent ayant débuté à l'adolescence ainsi qu'un trouble anxieux - anxiété généralisée avec crises d'attaque de panique paroxystiques ayant commencé pendant l'adolescence. Il a également admis que la consommation très importante

d'alcool et les benzodiazépines avaient provoqué des troubles de la mémoire très importants, alors que le long parcours de dépendance avait aggravé la chronicité des troubles anxieux et dépressifs.

19. Dans son écriture du 25 juin 2007, le recourant a relevé que l'expertise établissait que la toxicomanie et l'alcoolisme avaient été causés par une atteinte à la santé psychique originelle. En outre, il a persisté dans ses conclusions.
20. Par écriture du 20 juillet 2007, l'intimé a confirmé ses conclusions précédentes. Il a soutenu que l'expert émettait divers jugements personnels qui faisaient douter de la neutralité de sa position d'expert et que ses conclusions n'apparaissaient pas convaincantes au regard des renseignements médicaux objectifs contenus au dossier. Il a produit un rapport final du 9 juillet 2007 du Dr de E_____ considérant que l'expert sortait de son champ de compétence en appréciant l'incapacité de travail en relation avec l'hépatite C. Le médecin du SMR a relevé que les troubles importants de la mémoire n'étaient étayés par aucun test et que l'expert tenait compte d'éléments non médicaux pour conclure à l'incapacité de l'assuré à suivre une formation initiale ou une réinsertion professionnelle.
21. Le 14 août 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 le droit à des prestations dès le 1^{er} juin 1999. 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). 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). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle

du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité n'est pas applicable puisque le recours a été formé avant le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

2. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} 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 1^{er} 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.

3. Selon la jurisprudence, la toxicomanie ne constitue pas, en soi, une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une 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 (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence

d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

4. En principe, le juge ne s'écarte 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).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

5. Le recourant fait valoir qu'il n'est plus du tout en mesure d'exercer une activité lucrative en raison de troubles psychiques invalidants et que son invalidité n'est pas due à sa toxicomanie ou à l'alcoolisme. Pour sa part, l'intimé soutient que le recourant n'a pas droit à une rente au motif qu'il ne présente pas d'atteinte à la santé mentale invalidante. Il prétend que l'incapacité de travail de l'intéressé n'est pas liée à une maladie psychique mais résulte exclusivement de sa toxicomanie.

En l'espèce, le rapport d'expertise du 14 janvier 2007 du Dr D_____ et son complément du 16 juin 2007 se basent sur trois examens du recourant, divers tests effectués lors de chaque examen, des entretiens avec les intervenants qui ont suivi

le recourant ces dernières années, l'étude tant du dossier assécurologique de l'OCAI que celui du Service de psychiatrie générale de Draguignan. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant et a été établi en pleine connaissance d'une anamnèse générale, scolaire, toxicologique, familiale et affective, professionnelle et sociale. En tenant compte de ces divers éléments, l'expert a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen (F 33.10), une dépression actuelle modérée, un trouble anxieux - anxiété généralisée (F 41.1) avec crises d'attaque de panique paroxystiques (F. 41.0), des troubles de la mémoire et une hépatite C chronique. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le retour du recourant en Suisse, en 1998, en raison de l'instabilité de l'humeur dépressive, des troubles anxieux de longue durée et des troubles de la mémoire. Il a expliqué que le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux entraînaient très nettement une baisse de la capacité de travail (diminution de la concentration, aptitude, baisse d'énergie, ralentissement psychomoteur important) et favorisaient le cercle vicieux d'insécurité et perte de confiance. Quant à la capacité de travail résiduelle, il l'a considérée comme nulle. Il a exposé qu'au regard de la gravité et de la chronicisation des troubles de l'assuré qui risquaient de s'aggraver en raison de sa fragilité somatique et de sa situation personnelle, le patient n'était pas apte à entreprendre un travail régulier, ni une formation approfondie. Il a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables chez un patient très anxieux avec des signes évidents de dépression, chronicisation, troubles de la mémoire et de concentration bien marqués. En ce qui concerne la toxicomanie, il a relevé que le recourant ne consommait plus d'alcool de manière abusive depuis une pancréatite aiguë en février 2004 et qu'il avait eu une courte rechute en septembre 2006. Il a également précisé que le patient avait débuté une cure de méthadone en 1998 qui était toujours en cours et qui avait permis l'arrêt de la consommation de l'héroïne. Il a ajouté que, dans le passé, le recourant avait connu des périodes d'abus de benzodiazépines et que cette consommation était actuellement contrôlée avec une prescription modérée. Il a fait état de séquelles de cette période de toxicomanie sous forme de troubles de la mémoire très importants et d'une aggravation de la chronicité des troubles anxieux et dépressifs. Il a précisé, d'une part, que les troubles dépressifs et anxieux étaient bien antérieurs à la dépendance de l'assuré, d'autre part, que l'anxiété généralisée avec crises d'attaque de panique paroxystiques avait favorisé le début de la consommation de toxiques sédatifs (cannabis et opiacés) et de comportements déviants (fugues, délits liés à cette consommation).

Contrairement à ce que prétend l'intimé, ces diverses explications de l'expert permettent de comprendre pourquoi il retient une incapacité de travail entière et pourquoi il considère que les troubles psychiques du recourant ont favorisé le début de la consommation de toxiques de sorte que les conclusions de l'expertise sont dûment motivées. De plus, l'appréciation de l'expert est soutenue tant par la Dresse A_____ qui, dans son rapport du 24 novembre 2003, a estimé que le patient

était devenu toxicomane pour lutter contre sa dépression et son manque d'identité, que par le Dr C _____, dans son rapport du 1^{er} décembre 2004, qui a également conclu que le patient avait consommé des drogues et des médicaments pour atténuer les souffrances psychiques provoquées par sa dépression. Même si, la spécialisation de la Dresse A _____ ne lui permet pas de poser un diagnostic psychiatrique, les observations de ce médecin ne peuvent, toutefois, pas être écartées d'un revers de main au regard de sa formation en psychiatrie. En outre, son appréciation concorde avec celle du Dr C _____ et cette unanimité des médecins traitants ne peut que confirmer le bien fondé des conclusions du Dr D _____ de sorte qu'il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

6. L'intimé conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise en soutenant que l'expert a émis des jugements personnels faisant douter de la neutralité de sa position d'expert et a procédé à diverses hypothèses de compréhension qui donnent le sentiment d'un manque de recul, enfin, que ses conclusions n'apparaissent pas convaincantes au regard de celles du Dr B _____ et du SMR. En outre, il reproche à l'expert de s'être basé sur les plaintes du recourant pour poser les diagnostics de trouble dépressif et de trouble anxieux en l'absence d'élément médical objectif.

Au sujet du reproche d'absence de neutralité de l'expert, le Tribunal relève que les prétendus jugements personnels de l'expert reposent, selon le Dr E _____, sur la seule base de la description des plaintes de l'assuré par l'expert. Or, s'il est vrai que l'expert n'a pas strictement rapporté les plaintes du recourant, il n'en a pas pour autant transformé leur contenu puisque sa description du patient permet de comprendre que ce dernier se plaignait d'une absence d'espoir et de solitude. Quant à la critique par le médecin du SMR du diagnostic de trouble dépressif, elle émane d'un médecin généraliste qui ne saurait contester le diagnostic posé par un expert judiciaire psychiatre par la simple affirmation que les troubles mentionnés sont communs à la dépression et à la toxicomanie. Par ailleurs, contrairement à ce qu'il affirme, il ne s'agit pas de simples troubles subjectifs puisque, lors de chacun de ses examens, l'expert a procédé à divers tests (Hamilton et Spielberger) qui lui ont permis de poser lesdits diagnostics sur la base d'éléments objectifs. Enfin, le Tribunal ne voit pas comment il serait possible de douter que les troubles mentionnés sont des symptômes de la dépression dès lors que le recourant n'est plus dépendant à l'alcool depuis 2004, soit antérieurement à l'expertise, et que la dépendance aux opiacés est sous traitement de substitution depuis 1998. De plus, le Dr D _____ ne pose pas des hypothèses de compréhension pour conclure que les troubles anxieux ont favorisé le début de la consommation de toxiques et de comportements déviants. En effet, il ne s'agit pas d'une hypothèse, mais d'une vraisemblance prépondérante, puisque l'expert explique que les troubles dépressifs et anxieux sont apparus bien avant le début de la problématique de la dépendance, ce qui est documenté tant par l'existence d'un trouble du développement durant l'école primaire ayant nécessité un suivi par le Service médico-pédagogique et le

transfert dans une école spécialisée, que par la présence de troubles de conduite et des émotions à l'adolescence (F91) ressortant de son instabilité durant cette période dans un contexte de fugues, d'incarcération dans un foyer pour mineurs, de suivi au Service de protection de la Jeunesse et d'importantes difficultés scolaires dès la troisième année primaire. Enfin le reproche d'absence de pathologie d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail de longue durée ne peut pas davantage être retenu dans la mesure où il émane d'un médecin non psychiatre qui ne dispose pas des connaissances spécialisées pour se prononcer sur les effets spécifiques des maladies psychiques quant à la capacité de travail. Au demeurant, cet argument ne résiste pas à l'examen en tant que le Dr de E_____ n'a pas démontré que le cumul des troubles psychiques n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée. Même si, en tant que psychiatre, l'expert ne peut effectivement pas se prononcer en toute connaissance de cause sur l'effet incapacitant de l'hépatite C, en revanche, la présence de diverses affections psychiques entraînant chacune une incapacité de travail entière à elles-seules ne permet pas de douter de l'existence d'une incapacité de travail entière. A ce sujet, le Tribunal ne voit pas en quoi l'expert aurait dû procéder à des tests pour étayer la gravité des troubles de la mémoire dès lors qu'il en a constaté la réalité lors de chacun de ses examens. Enfin, contrairement à ce qu'affirme le Dr de E_____, l'expert invoque également plusieurs éléments médicaux pour conclure que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables, à savoir l'anxiété, les signes évidents de dépression, la chronicisation des troubles dépressifs et anxieux, les troubles de la mémoire et de la concentration bien marqués. En définitive, le médecin du SMR s'est contenté d'exprimer une opinion différente de celle de l'expert judiciaire au moyen de rapports médicaux insuffisamment motivés et peu convaincants sans établir l'existence de données concrètes à cet effet. Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions de l'expert judiciaire.

L'intimé soutient encore que les conclusions du Dr D_____ ne sont pas de nature à ébranler celles du Dr B_____ et que l'avis concordant de ce dernier ainsi que du SMR constituent une base suffisante pour asseoir ses conclusions.

Les rapports du médecin du SMR se résument à une critique de l'expertise du Dr D_____ et ne constituent nullement un avis médical portant un jugement sur l'état de santé de l'assuré, indiquant dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler ou quels travaux sont encore raisonnablement exigibles de lui (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Quant au rapport d'expertise du Dr B_____ du 5 janvier 2003, dans son ordonnance d'expertise du 20 janvier 2006, le Tribunal a jugé qu'il était sommairement motivé et lacunaire. Aussi, aucun des ces rapports ne saurait être décisif pour l'issue du présent litige.

7. Au vu des conclusions de l'expert, il convient de retenir que les troubles dépressifs et anxieux sont à l'origine non seulement des échecs scolaires et professionnels répétés, mais également de la consommation de substances toxiques. Cela étant, force est de constater que la toxicomanie résulte de troubles psychiques, lesquels ont incontestablement valeur de maladie.

Selon la jurisprudence (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), le principe de la réadaptation par soi-même exige de l'assuré qu'il entreprenne de lui-même tout ce qui est convenable pour améliorer sa capacité de gain, en premier lieu par l'épuisement de toutes les possibilités de traitements. Le fait que l'assuré ne satisfasse pas suffisamment à son obligation de réduire le dommage peut être pris en considération dans le cadre de l'art. 31 al. 1 LAI et conduire au refus, total ou partiel, du droit à une rente durable ou temporaire (ATFA non publié du 19 septembre 2006, I 404/05, consid. 7).

Même si l'expert relève que le recourant ne suit plus de traitement antidépresseur et qu'un traitement adapté pourrait peut-être apporter un soulagement à l'état actuel, en revanche, il ne mentionne pas qu'un tel traitement aurait une quelconque incidence sur sa capacité de travail. Par ailleurs, l'expert considère que les effets d'un traitement pharmacologique sur l'état actuel de l'assuré ne sont que possibles et non pas qu'ils sont vraisemblables. Au demeurant, il ne ressort pas du dossier qu'une proposition en ce sens aurait été faite, ni que, cas échéant, le recourant l'aurait refusée. Dans ces circonstances, l'on ne saurait lui reprocher une quelconque violation de son obligation de réduire le dommage (ATFA non publié du 19 septembre 2006, op. cit.).

En conséquence, il y a lieu de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 1999. En effet, selon l'expert, l'incapacité de travail est présente depuis 1998 ce qui n'est pas contesté par l'assuré. Etant donné que le recourant a déposé sa demande de prestations le 19 juin 2000, en application de l'art. 48 al. 2 LAI, cette dernière doit être déclarée tardive et les prestations ne peuvent être accordées que pour les douze mois précédant la demande et non pas dès le 1^{er} janvier 1972 comme il le demandait dans son recours.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, les décisions du 25 septembre 2003 et du 30 septembre 2004 sont annulées et le dossier renvoyé à l'intimé pour calcul de la rente. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. L'admet partiellement et annule les décisions de l'OCAI du 25 septembre 2003 et du 30 septembre 2004.
2. Dit que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 1999.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
5. 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

Sylvie CHAMOUX

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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