

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2954/2008

ATAS/963/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 27 septembre 2010**

En la cause

Monsieur N\_\_\_\_\_, domicilié aux Acacias, 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 : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Diane  
BROTO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur N\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959 et de nationalité vietnamienne, a quitté son pays pour se réfugier en France, en 1981, avant d'arriver en Suisse, en septembre 1995. Dès cette date et jusqu'en 2001, il a travaillé exclusivement dans des bars ou restaurants en tant que serveur ou garçon d'office.
2. Le 27 février 2006, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle et à l'octroi d'une rente. Il y a fait état d'une incapacité de travail totale dès le 7 juin 2004.
3. Dans ses rapports du 23 mars 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité non spécifié dès l'adolescence (F60.9), un trouble dépressif majeur récurrent depuis 1980 (F33), une dépendance à l'alcool depuis 1980 (F10.2), des cervicalgies et dorsalgies depuis 1994. Elle a également diagnostiqué une hépatite C, sans répercussion sur la capacité de travail. Elle a mentionné une incapacité de travail entière depuis 2000. L'assuré souffrait déjà de dépression et d'alcoolisme au moment de son émigration du Vietnam en 1980. Elle a estimé que les troubles psychiques entraînaient une perte de la capacité de travail d'environ 80%.
4. Dans un rapport du 25 avril 2006, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un alcoolisme chronique, des cervico-dorsalgies chroniques sur troubles statiques et discopathies C6-C7. Il a également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une hépatite C chronique ainsi qu'une insuffisance aortique et mitrale discrète asymptomatique. Il a fait état d'une dépendance à l'alcool ayant nécessité quatre séjours hospitaliers en vue d'un sevrage (trois séjours au Petit-Beaulieu du 26 mai au 2 juin 2004, du 3 au 23 août 2004 et du 24 au 30 mai 2005, ainsi qu'un séjour à la clinique genevoise de Montana du 31 mai au 18 juin 2005), mais sans succès, en raison d'une rechute de consommation compulsive 7 à 10 jours après la sortie. Il a estimé qu'un travail léger à 50% pourrait être envisagé dans un autre secteur que la restauration vu le problème de l'alcoolisme, par exemple dans l'horlogerie, mais que l'absentéisme serait important compte tenu des problèmes d'alcool.
5. Sur demande de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OAI), la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a rédigé un rapport d'expertise daté du 27 septembre 2007. Elle a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une dépendance à l'alcool. Elle a également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une cervico-discarthrose importante C6-C7, une hépatite C chronique, une différence de longueur des membres inférieurs post

---

accident ainsi qu'une insuffisance mitrale et aortique discrète. L'assuré se plaignait de tristesse, d'anxiété et d'ennui. En outre, des troubles de la concentration et de la mémoire avaient entraîné des conflits et licenciements de la part de ses anciens patrons. Au status, la Dresse C\_\_\_\_\_ a mis en évidence une thymie triste. Elle a recommandé une évaluation psychiatrique afin d'apprécier un éventuel état dépressif. Il se pouvait que l'assuré ait développé une encéphalopathie liée à l'abus d'alcool avec troubles cognitifs. Pour cette raison, une évaluation neuropsychologique était également indiquée. Il était exigible de la part de l'assuré que cette appréciation se fasse pendant une période d'abstinence d'alcool, ce qui apporterait des résultats plus fiables et permettrait d'évaluer s'il présentait des troubles cognitifs durables et significatifs. L'alcoolisme chronique était responsable d'agressivité, d'absences, de pertes de mémoire et de conflits. Un sevrage était exigible. Une fois sevré, l'assuré avait une pleine capacité de travail, sous réserve de troubles psychiatriques et cognitifs. Il restait apte à poursuivre son activité de serveur. Il était également médicament apte à entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle une fois sevré d'alcool.

6. Sur demande de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH à l'Institut de médecine légale, a établi un rapport d'expertise daté du 3 janvier 2008. Il a indiqué qu'à l'examen clinique, les facultés cognitives étaient défaillantes et que les capacités intellectuelles apparaissaient limitées. De toute évidence, il existait un trouble des fonctions supérieures qu'il convenait de « bilancer ». L'anamnèse et le status faisaient apparaître, du point de vue de la personnalité, un fonctionnement marqué par des traits psychorigides, méfiants, impulsifs et dépendants. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool présents depuis environ l'âge de 16 ans, syndrome de dépendance, utilise actuellement la substance (F10.24), une dysthymie au moins depuis 1997 (F34.1) et des diagnostics provisoires de trouble de la personnalité non spécifié au moins depuis 2001 (F60.9) et de déficits cognitifs persistants au moins depuis 2001 (F10.74). Il a également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un jeu pathologique en rémission partielle (F63.0). Il a précisé que l'assuré présentait cinq pathologies psychiatriques intriquées entre elles, mais que la dépendance à l'alcool était au premier plan. L'amélioration de la capacité de travail dépendait de la volonté de l'expertisé à interrompre son comportement de consommation d'alcool. Par conséquent, un sevrage et une abstinence étaient exigibles. Il a précisé que les évaluations de la capacité de travail ne valaient que dans l'hypothèse d'un sevrage et d'une abstinence à la consommation d'alcool. Il existait une inaptitude totale à exercer les professions de serveur, barman et autres métiers de la restauration en raison de la dépendance à l'alcool, des troubles cognitifs ainsi que des troubles de la personnalité. Il existait une incapacité de travail totale depuis la dernière profession exercée en 2001. L'expertisé n'était plus capable de s'adapter à l'environnement professionnel de son métier actuel et il avait

une capacité d'adaptation à un autre emploi limitée. Une mesure de réadaptation professionnelle était envisageable dans l'hypothèse d'un sevrage et d'une abstinence de la consommation d'alcool. Du point de vue psychiatrique, l'expertisé pouvait exercer une activité principalement physique, sans grande exigence de rendement, ni d'initiative personnelle, ne nécessitant pas de performance de mémoire, ni de concentration ou de réflexion importante. Un emploi à plein temps était possible dans la mesure où il ne nécessitait pas une endurance physique ou psychique élevée. Un rendement maximum de 50 à 70% de la norme pouvait être espéré même en cas de sevrage et d'abstinence.

7. Par projet de décision du 23 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré avait une capacité résiduelle entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, son degré d'invalidité n'ouvrait le droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures de reclassement.
8. Le 19 février 2008, l'assuré a communiqué à l'OAI ses objections contre ledit projet. Selon lui, sa dépendance à l'alcool avait provoqué un grand nombre de maladies. Notamment, il s'était fracturé le bras droit, le 2 janvier 2008, ce qui constituait un accident secondaire à sa toxicodépendance. Par ailleurs, l'alcoolisme entraînait chez lui de nombreux troubles de la personnalité comme de l'irritabilité, de l'instabilité, des colères qui l'empêchaient d'exercer toute activité professionnelle.
9. Par décision du 25 juin 2008, l'OAI a maintenu sa position au motif que la fracture entraînait une incapacité de travail temporaire de quelques semaines et que les nouvelles pièces produites ne modifiaient pas son appréciation de l'exigibilité.
10. Par écriture du 14 août 2008, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il considère qu'une analyse honnête et objective de son état de santé devrait mettre en évidence son invalidité. Il conteste la position médicale soutenue par les médecins de l'assurance-invalidité. Il requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale dès que le Tribunal de céans sera en possession des certificats médicaux complémentaires demandés à ses médecins traitants.
11. Dans sa réponse du 18 septembre 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a observé que ni les rapports d'expertise, ni les autres documents médicaux ne faisaient état d'une atteinte à la santé incapacitante due à l'alcoololo-dépendance ou ayant entraîné cette dernière.
12. Dans son complément au recours du 24 octobre 2008, le recourant a allégué souffrir d'une constellation d'atteintes à la santé rendant nécessaire la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin dévaluer leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il a observé que l'intimé s'était basé, dans sa décision, sur deux expertises dont les auteurs ne s'étaient entretenus avec lui qu'une, respectivement deux fois. De plus, l'OAI n'avait donné aucun crédit aux rapports établis par ses médecins

traitants qui l'avaient pourtant suivi entre quatre et huit ans. D'après la Dresse A\_\_\_\_\_, il souffrait d'une dépendance sévère à l'alcool avec comorbidités sous forme d'état dépressif majeur récurrent et trouble de la personnalité non spécifié, soit de pathologies psychiatriques invalidantes. De plus, selon le Dr B\_\_\_\_\_, les cervico-dorsalgies devaient être considérées comme invalidantes. En considérant qu'un sevrage et une abstinence pouvaient être raisonnablement exigés de sa part, ce qui améliorerait considérablement sa capacité de travail, l'intimé perdait de vue que les sept cures de sevrage qu'il avait entreprises depuis 2004 s'étaient toutes soldées par des échecs en raison de son état dépressif chronique et de ses troubles de la personnalité. Il a conclu sous suite de dépens, préalablement, à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 27 février 2006. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle adéquates. Il a produit deux rapports de la clinique genevoise de Montana. Dans celui du 6 novembre 2006, les médecins ont précisé que le patient leur avait été adressé pour sevrage d'alcool ainsi qu'éloignement des facteurs de stress et qu'il avait séjourné du 17 au 30 octobre 2006, date à laquelle il avait dû quitter leur établissement puisqu'ils n'avaient pas pu établir une alliance thérapeutique. Dans le rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008, consécutif au séjour du 27 février au 14 mars 2008, les médecins ont indiqué que le patient leur avait été adressé à la suite de la fracture diaphysaire du cubitus droit, survenue le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et traitée conservativement, et qu'il avait quitté l'établissement à la suite de la rupture du contrat d'abstinence signé à son arrivée.

13. Dans son écriture du 13 février 2009, l'intimé a observé que, selon le SMR, une expertise pluridisciplinaire était nécessaire et a conclu à sa mise en oeuvre par le Tribunal de céans. Il a joint un avis manuscrit du 11 février 2009 dans lequel le médecin du SMR considérait qu'une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets d'orthopédie, de médecine interne, de psychiatrie et un examen neuropsychologique était nécessaire. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ estimait que le sevrage d'alcool était question de volonté de la part du recourant alors qu'il n'avait pas plus établi l'existence d'un trouble de la personnalité décompensé. De plus, une évaluation neuropsychologique permettant de mettre en évidence une éventuelle encéphalopathie alcoolique faisait défaut. Enfin, la fracture du cubitus droit n'avait pas évalué favorablement et pourrait engendrer des limitations fonctionnelles supplémentaires.
14. Par ordonnance du 11 août 2009 (ATAS/999/2009), le Tribunal a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEM).
15. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 22 juin 2010, les Drs E\_\_\_\_\_, médecin-chef, F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et G\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à

---

l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement la substance (F10.24) et un syndrome de dépendance aux opiacés, utilisation épisodique (F11.26). En outre, ils ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1), un trouble de la personnalité sans précision (F60.9), une dermatite séborrhéique avec rhinophyme débutant, des troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire (discopathie modérée C5-C6-67, discopathie L3-L4 et L5-S1) ainsi qu'un jeu pathologique en rémission partielle (F63.0). L'expertisé se plaignait principalement de nuchalgies, dorsalgies basses, gonalgies droites, symptomatologie dépressive et fatigabilité importante. Il existait des troubles dégénératifs modérés de la colonne cervicale et des discopathies étagées lombaires. Toutefois, l'appréciation physique et orthopédique ne laissait pas apparaître des atteintes avec incidence sur la capacité de travail. L'appréciation psychiatrique avait révélé la présence d'une psychopathologie sous forme d'un trouble de la personnalité. En 1997, l'expertisé avait développé une symptomatologie dépressive qui avait provoqué une aggravation de son alcoolisme, cependant elle s'était spontanément améliorée, de sorte qu'il n'existait plus qu'une dysthymie. L'appréciation psychiatrique actuelle aboutissait au même diagnostic que celui énoncé par le Dr D\_\_\_\_\_ en 2008, mais les experts interprétaient différemment ses répercussions, notamment concernant l'exigibilité d'une abstinence. S'agissant des conséquences sur la capacité de travail, ils ont estimé que les conséquences de l'abus de substances continues (troubles mentaux et du comportement) ainsi que les déficits cognitifs induisaient une incapacité de travail totale. Ils situaient l'incapacité de travail en 2001, période où l'expertisé avait quitté le circuit du travail définitivement, dès lors que ses ressources psychiques avaient dû s'amoinrir progressivement et avaient dû atteindre un degré suffisamment bas au point que toute réinsertion professionnelle était devenue impossible depuis 2001. Ils ne pensaient pas que cet assuré pût être réintégré dans une activité lucrative quelconque. Ils ne voyaient aucune chance de réussite d'une réadaptation professionnelle. Tout au plus, il pourrait éventuellement s'intégrer dans une activité occupationnelle dans un service spécial. Toutefois, même dans le cadre d'une telle prise en charge, il fallait partir de l'idée qu'il y participerait irrégulièrement.

16. Le 28 juin 2010, le Tribunal de céans a communiqué cette expertise aux parties en leur impartissant un délai pour lui faire part de leurs remarques.
17. Dans son écriture après expertise du 20 juillet 2010, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 6 juillet 2010 admettant une incapacité de travail totale depuis 2001 dans toute activité. Il en a déduit, au vu de la date du dépôt de la demande (26 février 2006), que l'ancien droit s'appliquait, de sorte que le droit à la rente entière ne pouvait débiter au plus tôt qu'une année avant le dépôt de la demande. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de février 2005. Il a joint l'avis du SMR du 6 juillet 2010 dans lequel ce dernier a admis que l'expertise judiciaire avait une pleine valeur probante, ce qui permettait de conclure à une incapacité de travail entière dès 2001. Sur le plan somatique, les évaluations anciennes et récentes

différait peu et permettaient de conclure à une capacité entière quelle que fût l'activité. L'examen psychiatrique complet et la plus-value incontestable de l'évaluation neuropsychologique permettaient de se distancer de l'appréciation psychiatrique de 2007 et de retenir le développement d'un trouble de la personnalité dès l'adolescence. Ce trouble s'était régulièrement décompensé avec usage d'alcool et d'opium en guise de traitement qui s'était autonomisé, de sorte qu'un prochain sevrage n'était pas exigible.

18. Dans son écriture du 26 juillet 2010, le recourant s'est déclaré d'accord avant la reconnaissance de son invalidité dès l'année 2001. Il s'en est remis à justice concernant le début de son droit à une rente entière tout en relevant que l'intimé le reconnaissait au moins dès février 2005.
19. Le 28 juillet 2010, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimé et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Etant donné que le Tribunal a déjà statué, dans son ordonnance du 11 août 2009, sur les questions de sa compétence, de la recevabilité du recours et du droit applicable, il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. Le litige porte sur le caractère invalidant des troubles psychiques ainsi que de l'alcoolisme et, partant, sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité.
3. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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, 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.

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; cFaussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

4. 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. 317ss). 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).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C\_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

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; cFaussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cFart. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 notamment constituer

une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, les deux parties ne contestent pas les conclusions du rapport de l'expertise judiciaire du 22 juin 2010, ni le droit du recourant à une rente entière d'invalidité en raison de son incapacité de travail entière dès 2001.

Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante des diverses expertises.

Dans son rapport d'expertise du 3 janvier 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ précise que la pathologie de l'époque est au premier plan et ne permet pas un diagnostic de personnalité suffisamment approfondi. En revanche, il pose des diagnostics provisoires de trouble de la personnalité non spécifié et de déficit cognitif persistant. Il considère qu'un sevrage et une abstinence sont exigibles ce qui l'amène à admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec un rendement maximum de 50 à 70%.

Les conclusions de cette expertise divergent fondamentalement de celles des autres psychiatres amenés à se prononcer, qui retiennent tous une incapacité de travail d'au moins 80% dans toute activité. De plus, certains des diagnostics que le Dr D\_\_\_\_\_ a posés sont provisoires de sorte qu'il n'est pas possible de se baser sur son évaluation pour avoir une vision claire des atteintes psychiques du recourant, notamment pour savoir si la dépendance est primaire ou secondaire. En outre, son appréciation repose sur des examens incomplets en tant qu'elle n'englobe pas une appréciation neuropsychologique. Enfin, les divers essais de sevrage, qui se sont tous soldés par un échec, font fortement douter de la fiabilité des conclusions de l'expert quant à l'exigibilité d'une abstinence, partant de son appréciation de la capacité de travail du recourant. Par conséquent, il n'est pas possible de reconnaître une valeur probante audit rapport d'expertise.

Dans leur rapport d'expertise du 22 juin 2010, les médecins du CEM expliquent que le recourant présente un abus de substances (alcool, cocaïne et opium) depuis l'âge de 16 ans ayant débuté dans le cadre d'une angoisse pesante sous forme d'automédication. À leur avis, l'éthylisme est secondaire et, au vu tant de l'inexistence quasi totale de ressources psychiques que des nombreux échecs de sevrage, il s'agit d'un état durable qui n'est plus réversible, ce d'autant plus que l'appréciation neuropsychologique montre des atteintes cognitives sur plusieurs plans. Ils concluent à une incapacité de travail totale dans toute activité induite par

les conséquences continues de l'abus de substances et par les déficits cognitifs. Ils motivent leur position par le fait que le recourant a eu des caractéristiques de troubles de la personnalité dès son adolescence et qu'il n'a jamais atteint une maturité. Bien au contraire, sous l'emprise d'un abus de substances débuté à un très jeune âge, ses troubles se sont durablement fixés au point qu'aujourd'hui, il s'agit d'une personnalité dévastée, sans réelles ressources psychiques quelconques.

En définitive, leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et des divers examens, notamment neuropsychologiques. Les réponses qu'ils apportent aux questions posées par le Tribunal de céans sont par ailleurs complètes et convaincantes. Leur rapport ne contient en outre pas de contradictions, ni de défauts manifestes. Par conséquent, il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante.

7. Au vu des conclusions des experts, il convient de retenir que la dépendance à l'alcool résulte de troubles psychiques, lesquels ont incontestablement valeur de maladie, de sorte que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui. Etant donné que, selon l'expertise judiciaire, le recourant présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité, ce taux correspond à celui de l'invalidité, partant, il a droit à une rente entière d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références).

Il reste à déterminer le début du droit à la rente.

Selon les experts, l'incapacité de travail est présente depuis 2001 ce qui n'est pas contesté par les parties.

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Il est établi au dossier que la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été faite par le recourant en date du 27 février 2006. Aussi, son droit éventuel à une rente doit-il être examiné à la lumière des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

Aux termes de l'art. 48 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24, al. 1, LPGA (al. 1). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédent le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2).

Etant donné que le recourant a déposé sa demande avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'assurance-invalidité, ladite demande doit être déclarée tardive en application de l'art. 48 al. 2 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et les prestations ne peuvent être accordées que pour les douze mois précédents, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA. En conséquence, il y a lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2005.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 25 juin 2008.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2005.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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