

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

A/2552/2012

ATAS/1264/2013

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise
du 23 décembre 2013

3ème Chambre

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ETIER Guillaume

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur C _____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, a interrompu sa scolarité obligatoire en 8^{ème} année en raison de problèmes de toxicomanie qui l'ont poursuivi jusqu'en 2001. Il a ensuite débuté un apprentissage dans le domaine de la vente, qui s'est toutefois soldé par un échec au bout de dix-huit mois. A 21 ans, l'assuré a été employé comme barman dans un restaurant durant deux ans. Entre 1991 et 1998, il a enchaîné les petits emplois, entrecoupés par de longues périodes d'incapacité et d'assistance par l'HOSPICE GENERAL. En 1998, durant dix-huit mois, il a fait une seconde tentative d'apprentissage, en qualité d'aide-jardinier, avant de travailler durant deux ans en qualité d'aide-peintre en bâtiment. A compter d'avril 2002, il a été employé comme aide-jardinier pour la commune de Z _____, jusqu'au 4 novembre 2004, date à compter de laquelle il a été mis en arrêt de travail. Il a finalement été licencié pour le 31 décembre 2006, suite à son absence prolongée.
2. Le 23 décembre 2005, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant des problèmes dorsaux et des troubles psychiques.
3. Par décision du 25 septembre 2007, l'OAI a rejeté cette demande motif pris d'un degré d'invalidité insuffisant (11%). Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
 - un rapport rédigé le 20 janvier 2006 par le Dr L _____, concluant à des lombalgies chroniques, à une lyse isthmique et à une protrusion discale entraînant une totale incapacité de travailler depuis le 4 novembre 2004 ;
 - un avis émis le 12 décembre 2006 par le Dr M _____, du Service médical Régional de l'AI (ci-après : SMR), concluant à des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés de la colonne vertébrale, préconisant d'éviter le port de charges de plus de 15 kg, les positions en porte à faux du tronc, les flexions/rotations répétées du tronc et d'alterner les positions assise et debout toutes les heures ; le médecin du SMR a quant à lui conclu à une totale capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 4 novembre 2004 ; il a par ailleurs suggéré, au cas où des mesures de réadaptation seraient proposées, de s'assurer de l'évolution des capacités d'apprentissage depuis février 2006, date à laquelle l'assuré avait fait l'objet d'un bilan neuropsychologique ;
 - un rapport de la Division de réadaptation professionnelle du 16 février 2007 duquel il ressort que l'atteinte à la santé entraîne pour l'assuré l'impossibilité de reprendre son activité d'aide-jardinier mais qu'en revanche, il pourrait tout à fait se diriger vers le domaine de l'industrie ; il a été proposé à l'assuré, décrit comme très motivé, un mandat d'aide au placement.

4. En 2007, l'assuré a tenté de travailler dans l'horlogerie, sans succès.
5. En février 2009, il a été engagé par l'ASSOCIATION X_____, en qualité d'employé-magasinier.
6. En arrêt de travail depuis le 14 mars 2011, l'assuré a déposé, en date du 28 avril 2011, une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
7. Dans un courrier du 31 mai 2011, l'assuré a expliqué que son état de santé s'était détérioré depuis sa dernière demande : il était désormais « totalement envahi par des crises de panique et d'angoisse », au point de ne quasiment plus arriver à sortir de chez lui ni pouvoir gérer seul ses affaires et son courrier.
8. Le 26 mai 2011, le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI que l'assuré avait souffert d'une dépendance à plusieurs substances depuis l'âge de 16 ans, qu'il avait bénéficié d'une cure de substitution à la méthadone jusqu'en 2001, qu'il s'était progressivement sevré et qu'il était désormais totalement abstinent de toute drogue dure, faits avérés par des tests d'urine et de salive. La consommation d'alcool et de cannabis, en revanche, persistait.

Le médecin a précisé que les importantes consommations d'alcool étaient liées au trouble anxieux et aux crises de panique ; parallèlement, le patient souffrait d'une dépression récurrente assez fluctuante, nécessitant un suivi médicamenteux et psychothérapeutique (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères et neuroleptiques).

Le médecin a ajouté avoir assisté, depuis une année, à une péjoration massive de l'état psychique de son patient qui avait nécessité un arrêt de travail depuis le mois de mars 2011. Cette péjoration se manifestait surtout par des symptômes dépressifs (tristesse, sentiment de vide, difficultés à structurer ses journées, difficultés d'endormissement, sommeil perturbé, incapacité de s'adapter aux changements, besoin d'être guidé et rassuré au quotidien) mais également par une aggravation du trouble anxieux, avec des crises de panique et des symptômes neurovégétatifs très importants « ne descendant jamais à l'état de base entre deux poussées anxieuses » (boule à l'estomac, gorge serrée, bouche sèche, difficultés de déglutition, tachycardie, tachypnée, tremblements et moiteur des mains, tensions musculaires, peur de perdre le contrôle ou de devenir fou, peur de s'évanouir, bourdonnements dans les oreilles, etc.). Les crises de paniques se manifestaient lors de chaque changement, même le plus anodin. Le patient perdait alors tous ses moyens d'orientation, se déstructurait et n'arrivait plus à poursuivre une quelconque activité. Qui plus est, des troubles de la mémoire très importants avaient été observés durant les derniers mois, surtout de la mémoire de fixation.

En conséquence, le médecin, vu la péjoration de l'état psychique, la décompensation anxio-dépressive et les consommations d'alcool et de benzodiazépines concluait à une totale incapacité de travail.

9. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr M_____, du SMR, qui, le 5 juillet 2011, a émis l'avis que la capacité de travail était restée de 100% depuis le 4 novembre 2004 et ce, dans toute activité adaptée. Le médecin a considéré que l'assuré avait suivi une scolarité ordinaire puis un apprentissage d'employé de commerce, qu'il avait ensuite pu intégrer l'économie et qu'il avait réalisé des gains significatifs de 2002 à 2005. Il en a tiré la conclusion qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique antérieure aux problèmes de toxiques, d'une gravité et d'une acuité suffisante pour justifier en soi une diminution de la capacité de travail, il n'y avait pas lieu d'admettre une invalidité. En effet, les pratiques toxiques étant « primaires », leurs conséquences sur la capacité de gain ne sauraient être mises à charge de l'institution.
10. Le 19 juillet 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.
11. Le 27 juin 2011, l'assuré a contesté ce projet.
12. A alors été versé au dossier le rapport d'expertise rendu le 2 mars 2012 par le Dr O_____, mandaté par l'assureur perte de gain.

L'expert a notamment relevé dans son anamnèse que c'est à l'âge de douze ans que l'assuré avait commencé à consommer des toxiques et à fumer des joints. Sur le plan socioprofessionnel, il a été souligné que l'assuré avait fréquenté plusieurs écoles mais sans pratiquement jamais terminer le cursus prévu par chacune de celles-ci. Les emplois exercés par la suite avaient été nombreux. La dernière profession exercée avait été celle d'employé magasinier : l'assuré était chargé de ramasser des poubelles à l'aide d'un triporteur électrique.

L'expert a retenu à titre de diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, à l'utilisation de cannabis et à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue. L'expert a qualifié ce diagnostic de « primaire » et sans incidence sur la capacité de travail.

Il a également retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions dont il a également jugé qu'il était sans incidence sur la capacité de travail. Selon lui, il n'y avait pas suffisamment de critères pour conclure à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques ni même à un épisode dépressif léger ; les épisodes d'allure dépressive passés étaient vraisemblablement à mettre en lien avec les consommations de substances.

L'expert a écarté le diagnostic de ralentissement, trouble mnésique et dysfonctionnement exécutif, expliquant que si un ralentissement, des troubles mnésiques et un dysfonctionnement exécutif avaient certes été mis en évidence en 2006, lors de l'examen neuropsychologique, ils n'étaient désormais plus observables.

Il a également rejeté le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique au motif que seuls deux critères permettant d'admettre ce diagnostic étaient remplis. Certes, les symptômes pourraient mimer une agoraphobie avec trouble panique, car la description des symptômes et des situations est proche des critères diagnostiques et afférents, mais le fait qu'il existe des prises d'alcool chroniques et importantes, associées à celles du cannabis, est un facteur d'exclusion majeure, l'effet très anxiogène de ces consommations à hautes doses étant largement connu. L'expert en a tiré la conclusion qu'il était probable qu'en cas d'abstinence, ces symptômes disparaissent.

Pour les mêmes raisons, l'expert a écarté le diagnostic de phobie sociale.

Enfin, l'expert a également nié le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte avec idées obsédantes et comportement compulsif, au motif que l'investigué n'avait émis aucune plainte à cet égard et avait affirmé - après avoir entendu la définition d'une obsession - ne pas souffrir de ce symptôme.

En définitive, l'expert a conclu à l'absence de toute limitation psychique et à une capacité de travail de 100 % dès le 18 janvier 2012.

13. Par décision du 15 juin 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation puisque son état de santé n'avait pas évolué et que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxicodépendance.
14. Par écriture du 20 août 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 avril 2011, avec suite de frais et dépens.

Le recourant reproche à l'OAI de s'être fondé exclusivement sur l'avis du Dr O_____, lequel est contredit par celui de ses médecins-traitants, notamment du Dr N_____, qui font état d'une totale incapacité de travail. Qui plus est, selon lui, le Dr O_____ ne l'a reçu que trop brièvement pour se faire une juste idée de sa situation.

Le recourant reproche à la décision querellée de ne prendre en considération que ses atteintes somatiques et d'ignorer ses limitations psychiques. Il soutient que son état psychique l'empêche désormais totalement de travailler, ce qui n'était pas encore le cas lorsqu'il a déposé sa première demande de prestations, fin 2005. Depuis lors, les symptômes psychiques et mentaux se sont aggravés au point qu'il

lui est impossible de gérer ses activités quotidiennes même les plus simples, comme faire ses courses, ranger son appartement, trier son courrier, etc.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 septembre 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient qu'à défaut d'éléments objectivement vérifiables, l'existence de simples divergences entre les conclusions de l'expert et celles des médecins-traitants ne suffit pas à remettre en question la valeur probante de l'expertise.

16. Par écriture du 26 octobre 2012, le recourant a précisé ses reproches à l'encontre du Dr O _____, dont il a expliqué ne pas remettre en cause les compétences mais la capacité à juger de la gravité de sa situation.

17. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 15 novembre 2012 au cours de laquelle a été entendue le Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Le médecin a indiqué que l'assuré est suivi à la Fondation Y _____ depuis plusieurs années. Le Dr N _____ le suit personnellement depuis 2006.

Le médecin a expliqué que la première demande de prestations était motivée principalement par des problèmes de dos, lesquels ont été traités avec succès ; la situation est désormais stabilisée à ce niveau.

Il a ajouté que si les médecins de la fondation ont poussé l'assuré à déposer une nouvelle demande prestations, c'est parce qu'ils sont arrivés à la conclusion qu'ils avaient fait leur maximum et que sa situation, d'un point de vue psychique, ne pouvait être améliorée.

Les diagnostics retenus ont été les suivants : agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif (TOC), anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence.

L'agoraphobie et la phobie sociale ont été traitées avec succès, de sorte que le patient peut désormais se déplacer. Il y arrive grâce à une médication.

En revanche, l'anxiété demeure assez élevée. Le problème est qu'elle fluctue et qu'elle peut atteindre des pics correspondant à un trouble panique. L'assuré est alors tétanisé, cloîtré chez lui. C'est au point alors qu'il n'est alors plus capable de timbrer ou poster une lettre. Ses facultés cognitives et mnésiques sont également touchées. Dans ces périodes-là, il peut y avoir une à plusieurs crises de panique par jour, parfois déclenchées par un événement totalement banal, comme le simple fait de penser qu'il va devoir sortir ou rencontrer des inconnus.

Le témoin a qualifié le degré de l'état dépressif de moyen – à sévère en cas de crise -, tout en précisant que, même en période d'accalmie, l'incapacité de travail est

totale. En effet, l'état dépressif est compliqué par une anxiété flottante, des troubles mnésiques et des TOC.

Le médecin a expliqué à cet égard que les TOC se manifestent également sur le lieu de travail. A titre d'exemple, dans son dernier emploi, qui consistait à faire des tournées à vélo pour ramasser les poubelles, l'assuré a gravement décompensé juste parce qu'il a dû modifier son parcours. D'autres TOC consistent en des vérifications répétitives, en des nettoyages compulsifs de l'environnement et en des positionnements d'objets (toujours à la même place et dans une certaine posture). Ces TOC et les difficultés mnésiques se combinent pour réduire grandement les facultés d'adaptation du recourant. Selon le Dr N_____, le recourant se trouve dans la même situation que les personnes âgées qui doivent se trouver dans un milieu très structurant : il lui faut accomplir jour après jour les mêmes tâches répétitives dans le même ordre et de la même manière. A défaut, il ne dispose pas des facultés adaptatives lui permettant de dépasser son anxiété sans décompenser.

Le médecin a ajouté avoir demandé une réévaluation des capacités mnésiques de l'assuré car elles lui paraissent très diminuées par rapport à l'évaluation précédente, de février 2006.

Le Dr N_____ a dit ne pas adhérer du tout aux conclusions du Dr O_____, expliquant que, depuis 2004, l'assuré est passé d'institution en institution (REALISE, PARTAGE, IPT, etc.), ce qui a permis aux médecins de constater une baisse progressive de ses capacités pour finalement arriver à la conclusion qu'il n'existe désormais plus d'endroit où il pourrait effectuer une activité, même occupationnelle et même à temps partiel.

Le médecin a également émis l'hypothèse que le recourant avait pu se présenter au Dr O_____ comme il le fait d'ordinaire devant un inconnu, c'est-à-dire bien, voire « trop bien » : il se montre poli, calme et réaffirme de manière systématique et en boucle que « tout va bien » et qu' « il n'y a aucun problème » ; l'assuré est en effet très pudique ; qui plus est, il n'arrive pas à exprimer, verbaliser ou décrire son état. On aboutit ainsi vite à une discussion « stérile », en ce sens que l'assuré ne donne pas de « matériel » au médecin examinateur et ce, alors même, qu'en réalité, il est incapable d'accomplir même les actes de base de la vie ordinaire. Le Dr N_____ a ajouté que s'il avait examiné le recourant sans le connaître pendant une heure, il serait sans doute parvenu aux mêmes conclusions que l'expert.

Enfin, le témoin a souligné que ses conclusions sont également celles de toute l'équipe pluridisciplinaire qui suit l'assuré depuis 1991 et qui a vu son état se dégrader progressivement sur le plan psychique, au point de ressembler à un phénomène de vieillissement prématuré.

18. Entendu le même jour en comparution personnelle, l'assuré, venu en compagnie de sa mère et de son conseil, a allégué n'être plus descendu au centre ville depuis deux ans : il reste dans son quartier, où il fait des allers-retours entre son domicile et le centre commercial, où il prend parfois le café avec des habitués, restant ainsi confiné dans un périmètre très étroit, qui le rassure.

Le recourant a expliqué qu'il rencontre de grandes difficultés à assumer son ménage par exemple. Il lui faut se préparer psychologiquement avant de sortir faire ses courses et lorsqu'il passe à l'action, il le fait rapidement, en moins de dix minutes car il lui est difficile de rester plus longtemps dans un endroit fermé. Il lui est ainsi arrivé de « planter » là toutes ses courses parce qu'il lui était impossible d'attendre plus de 5 minutes en caisse. Il supporte mal la foule et le regard des autres. Il n'arrive pas non plus à prendre les transports publics et se déplace à vélo, ce qui lui permet d'éviter de croiser ou de parler aux gens.

C'est son assistante sociale qui se charge de toutes les démarches administratives car lui, en est totalement incapable.

Le conseil du recourant a confirmé que son mandant ne vient le consulter qu'accompagné, de sa mère et/ou de son assistante sociale, à qui il adresse d'ailleurs une copie des lettres qu'il envoie à son mandant car il sait que ce dernier risque de se trouver dans l'incapacité de traiter son courrier.

19. Une seconde audience d'enquêtes s'est tenue en date du 24 janvier 2013, au cours de laquelle a été entendue Madame P _____, assistante sociale en charge du recourant depuis 2005.

Le témoin a expliqué fixer régulièrement des rendez-vous (deux fois par mois) au recourant. Ce dernier éprouve de grandes difficultés à ouvrir et à traiter son courrier. Elle le passe donc en revue avec lui et l'aide à préparer les justificatifs qu'il devra apporter à l'assistante sociale qui le suit auprès de l'HOSPICE GENERAL.

Madame P _____ a ajouté s'être rendue une fois chez le recourant pour évaluer son cadre de vie, ce qui lui a permis de constater qu'il rencontre de grandes difficultés à gérer son ménage : il lui est très difficile de jeter, de ranger de manière logique, d'assumer le nettoyage, malgré le fait qu'il n'habite qu'un trois pièces. Il lui est également difficile de s'organiser.

Selon l'assistante sociale, le recourant arrive à effectuer certaines démarches, mais uniquement sur consigne : il est capable d'exécuter ce qu'on lui dit de faire. Elle lui donne donc toute la procédure, qu'il suit comme un enfant. Il a toujours la volonté de bien faire, mais ne peut faire qu'une chose à la fois. A titre d'exemple, la démarche de donner un ordre permanent à la banque lui demande beaucoup d'efforts. Selon elle, l'assuré ne peut être autonome. Il jouit d'une "fausse

autonomie". Certes, il vit seul dans un appartement et bénéficie de l'argent que lui verse l'Hospice général, mais il ne dispose en réalité que de très peu de compétences. Une sorte de routine s'est installée, mais dès qu'un élément diffère, il se trouve dans l'incapacité d'y faire face.

Le témoin a par ailleurs indiqué avoir constaté une nette dégradation de l'état psychique du recourant depuis 2005. L'assistante sociale a expliqué à cet égard que l'assuré, voulant bien faire, a cherché une place par le biais de la réintégration professionnelle mais en « a payé le prix » car cela s'est traduit par une sorte de fissure : sa confiance en lui, qui n'était déjà pas grande, a été ébranlée par les échecs successifs qu'il a dû affronter et qui l'ont fragilisé.

Le témoin a enfin déclaré qu'il était très clair que le recourant était désormais dans l'incapacité totale d'exercer un travail dans le circuit normal. Ce qui lui pourrait lui convenir peut-être, à l'avenir, ce serait une activité dans un atelier protégé, avec des consignes claires et répétitives.

20. Le 28 janvier 2013, le Dr N_____ a adressé à la Cour de céans les documents suivants :

- un rapport d'examen neuropsychologique pratiqué par le Dr Q_____, spécialiste FMH en neurologie et Madame R_____, psychologue diplômée FSP, le 18 février 2006, concluant à un dysfonctionnement exécutif modéré se manifestant par un léger manque de flexibilité mentale, à un déficit mnésique sévère dans l'apprentissage et le maintien à long terme d'un matériel verbal et à un ralentissement de l'attention et dans la vitesse de traitement de l'information.
- un courrier du Dr Q_____ du 28 novembre 2012 indiquant qu'il existe indiscutablement et probablement de longue date des perturbations cognitives, notamment mnésiques, très probablement à mettre sur le compte de l'importante toxicomanie, dont il rappelle qu'elle a débuté à l'âge de douze ans, âge de la pleine formation cérébrale ; le médecin précise que les difficultés préexistantes peuvent être majorées par d'indiscutables aspects psychiques, anxieux notamment ;
- un rapport d'examen de neurologie du comportement du 25 janvier 2013, du Dr Q_____ et de Madame S_____, spécialiste en psychothérapie FSP et en neuropsychologie, concluant, sur le plan mnésique, à des difficultés marquées d'apprentissage, à de faibles capacités de restitution autobiographique, à une capacité de mémoire à court terme et de travail dans les normes mais avec des fluctuations et une légère perte et, sur le plan attentionnel, à une vitesse d'exécution variable mais globalement très ralentie, à une fatigabilité modérée, et à des performances légèrement fluctuantes en

mémoire du travail ; ont également été relevés, sur le plan exécutif, des signes dysexécutifs modérés avec des performances difficilement interprétables tant les temps sont globalement ralentis ; en définitive, il a été estimé que le tableau confirmait globalement l'évaluation pratiquée en 2006 avec, au premier plan, des difficultés mnésiques et attentionnelles conséquentes et un ralentissement plus important en 2006 ; le tableau a été défini comme clairement entaché de facteurs psychiques (anxiété de fond et réaction de panique lors des tâches entrevues comme trop difficiles, éventuellement état dépressif au vu des remarques auto dévalorisantes) qui entravent notamment une bonne mémorisation et une bonne utilisation des ressources exécutives ; quel que soit l'étiologie des troubles, le tableau cognitif est désormais d'un degré d'atteinte suffisamment important pour entraver un travail dans l'économie de marché ;

21. L'intimé, dans ses écritures du 21 février 2013, a persisté dans ses conclusions.

Il soutient que les consultations du neurologue et de la neuropsychologue étant postérieures à la décision contestée, on ne saurait en tirer la conclusion que l'état de santé de l'assuré, en mars 2012, était différent de celui décrit par le Dr O_____. Il ajoute qu'il n'y pas d'argument probant en faveur d'une aggravation de l'état neurologique.

22. Par écriture du 22 février 2013, le recourant a également persisté dans ses conclusions en relevant avoir drastiquement diminué sa consommation d'alcool et de cannabis. Il en tire la conclusion que les troubles dont il souffre désormais ne peuvent dès lors plus être reliés à sa consommation.

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

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse

(ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Se pose en particulier la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 25 septembre 2007 au point de lui ouvrir désormais droit aux prestations.
5. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 16 LPGA prescrit que 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. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004).

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c).

Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant 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 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance joue en revanche 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 ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225; VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319).

En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme ; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale

organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013).

8. a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'AI, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références)..

c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450;

Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. En l'espèce, si le Dr O _____ n'a retenu que les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de sédatifs ou d'hypnotiques, et celui de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, dont il a estimé qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, les médecins traitants ont quant à eux conclu à une totale incapacité de travail justifiée par les diagnostics suivants : agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence.

Certes, il ne suffit pas que les médecins traitants expriment une opinion divergente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci. En l'espèce, cependant, les médecins traitants, et en particulier le Dr N _____, entendu en audience, a fait état d'éléments objectifs dont l'expert ne semble pas avoir tenu compte. Ainsi, par exemple, le médecin traitant a clairement détaillé en quoi consistent les TOC du recourant, diagnostic que l'expert a écarté au simple motif que l'intéressé, interrogé à cet égard, avait indiqué ne pas en souffrir. Alors même que le médecin traitant a souligné la tendance de son patient à minimiser, voire à nier ses troubles. Qui plus est, alors qu'il ressort du dossier que l'assuré n'a jamais été capable de mener une formation à son terme ni de conserver un emploi à long terme, l'expert semble avoir considéré qu'il avait sans problème intégré le circuit économique normal, ce qui n'est manifestement pas le cas. Enfin, on relèvera que la nouvelle évaluation neuropsychologique effectuée en janvier 2013 semble corroborer l'aggravation de l'état de santé du recourant alléguée par les médecins traitants et par l'assistante sociale puisqu'elle conclut que « le tableau cognitif est désormais d'un degré d'atteinte suffisamment important pour entraver un travail dans l'économie de marché ».

Eu égard à ces considérations, il convient d'ordonner une expertise afin de tirer au clair la question de savoir si une aggravation de l'état de santé est intervenue, depuis quand et quelles en sont les conséquences en termes de capacité de travail et de gain.

Enfin, au vu de la jurisprudence rappelée supra, il conviendra d'établir si la dépendance de l'assuré est la cause d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement

2. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur C_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles, avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, avoir éventuellement consulté les médecins de l'assuré et s'être entouré, au besoin, d'avis de tiers ;
3. Confie l'expertise psychiatrique au Dr T_____
4. Charge l'expert d'établir un rapport répondant aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée du cas.
 2. Données subjectives et plaintes de l'assuré.
 3. Constatations objectives
 4. Diagnostic(s)
 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun (faible, moyen, grave) ?
 6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
 7. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ?

Si oui : Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale ? Si oui, laquelle ?

A l'inverse, cette dépendance résulte-t-elle d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? Si oui, laquelle ?

8. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent.
9. Le cas échéant, dater la survenance de l'incapacité de travail durable.
10. Les atteintes éventuelles à la santé entraînent-elles une incapacité de travail et à quel taux ? a) dans l'activité précédemment exercée b) dans une autre activité.

Existe-t-il une activité adaptée aux limitations du recourant ? Laquelle ? Y aurait-il diminution de rendement ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger de l'assuré une telle activité ?
11. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans le temps depuis septembre 2007 et comment a évolué sa capacité de travail ? S'il y a eu aggravation, à quand celle-ci remonte-t-elle précisément ?
12. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail de l'assuré diffèrent des conclusions des autres médecins s'étant déjà exprimés (notamment l'expert O_____ ou les médecins traitants), veuillez en expliquer les raisons.
13. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?
14. Pronostic
15. Toute remarque utile et proposition de l'expert

5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ;
6. Réserve le fond.
7. Fixe aux parties **un délai de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le