

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2697/2017

ATAS/1064/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 novembre 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié Hôtel B\_\_\_\_\_ à LE GRAND-SACONNEX, représenté par le Service de protection de l'adulte

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Le 11 février 2015, l'assistante sociale en charge de Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1994, a adressé un formulaire de détection précoce à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en mentionnant plusieurs hospitalisations involontaires pour raisons psychiatriques.
2. Lors d'un entretien avec l'OAI en date du 23 avril 2015, l'assuré a expliqué avoir souffert d'une dépression en 2013, ayant conduit à son hospitalisation durant cinq mois. Sa consommation d'alcool était alors importante et il fumait en moyenne huit joints par jour. Il ne se sentait pas très bien et souffrait de crises d'angoisse et d'épilepsie. Sur le plan professionnel, il avait commencé un apprentissage de maréchal-ferrant, interrompu par son employeur en raison de problèmes relationnels. Il avait trouvé un stage en tant que technicien dans une salle de spectacles en août 2014 et souhaitait suivre une formation d'ingénieur du son. Il n'avait plus de suivi médical.

À l'issue de cet entretien, il a été décidé qu'une demande de prestations serait déposée.

3. Par ordonnance du 17 juin 2015, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) a instauré en faveur de l'assuré, à titre provisionnel, une mesure de curatelle de représentation et désigné deux collaborateurs du service de protection de l'adulte (SPAd) comme co-curateurs.

Cette mesure a été confirmée par ordonnance du 30 septembre 2015.

4. Le 14 janvier 2016, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'OAI.
5. Selon une note de l'OAI du 19 janvier 2016, l'assuré était parti à l'armée et avait « pété un plomb ». Il s'était retrouvé sans domicile pendant trois mois. Il était désormais logé dans une chambre d'hôtel. Il avait consommé de l'héroïne et avait rendez-vous pour une prise en charge par la Fondation Phénix.
6. Dans un rapport du 29 juillet 2016, la docteure C\_\_\_\_\_, médecin au service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, troubles psychotiques depuis 2013 (F 19.5) et d'épilepsie depuis 2015 (G 40.9). Depuis décembre 2013, l'assuré avait été hospitalisé à sept reprises en psychiatrie en raison de décompensations psychotiques (épisodes d'hétéro-agressivité et crises d'épilepsie) dans le cadre de consommation de substances multiples. Il ne se soumettait pas aux soins proposés en raison de son anosognosie.

L'assuré avait été une nouvelle fois hospitalisé le 3 juillet, après avoir menacé son amie avec un couteau. Il avait perdu sa chambre d'hôtel début juin 2016 en raison de ses troubles du comportement et son père avait déposé plainte contre lui pour le même motif.

Selon le médecin, l'assuré était bien orienté et ne présentait pas de signes psychotiques hors des épisodes de consommation. Étaient mentionnés une grande labilité de l'humeur, une irritabilité et un seuil très bas à la frustration. Le pronostic était réservé.

Les limitations consistaient en une intolérance à la frustration, une consommation de toxiques, une inversion du rythme nyctéméral, une agressivité, des idées délirantes et des hallucinations sous l'emprise de la cocaïne. Au plan professionnel, elles se manifestaient par un non-respect des horaires, un manque de concentration, une difficulté à fournir le travail exigé et une intolérance aux règles et à l'autorité. Un suivi psychiatrique régulier améliorerait les compétences cognitives et sociales.

La Dresse C\_\_\_\_\_ a joint à son rapport :

- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 10 avril 2014, suite à un séjour du 13 décembre 2013 au 4 mars 2014, dans laquelle les médecins retiennent le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de cannabis, trouble psychotique (F 12.5) ; l'hospitalisation avait été motivée par une décompensation psychotique avec délire mystique de persécution et de toute puissance ; sur le plan psychiatrique, il était constaté que l'assuré n'avait pas d'antécédents ; il avait décrit la survenance de difficultés à l'âge de 13 ans et évoqué son placement dans un foyer et un suivi par un psychologue pendant deux ans afin de l'aider dans la gestion de la frustration, mais aussi de la consommation de cannabis, qu'il avait commencé à fumer vers 14 ans ; il consommait également de l'alcool et de l'ecstasy ; il était décrit comme agité, avec une hétéro-agressivité importante (il avait dégradé une voiture garée au parking) et un discours désorganisé, délirant ; son humeur était labile, irritable et explosive par moments ; après adaptation du traitement, le patient avait évolué assez favorablement ; il reconnaissait que la consommation de cannabis entraînait chez lui une perte de contact avec la réalité et des troubles du comportement avec hétéro-agressivité et s'engageait à ne plus consommer ; il se disait conscient de la nécessité de prendre un traitement et acceptait un traitement dépôt injectable ; son discours était plus informatif, mais restait centré sur des idées délirantes florides à thème de persécution (caméras de surveillance), mégalomaniaques et mystiques (fin du monde) ; après une nouvelle adaptation du traitement, l'évolution avait été favorable, avec une régression des troubles du comportement ; l'assuré n'envisageait pas un traitement au-delà du séjour hospitalier ; il disait avoir changé, sans faire le lien avec la prise de traitement et minimisait le risque de rechute en lien avec sa consommation ; à sa sortie, son discours était cohérent et informatif, son ton léger et la thymie neutre ; il n'y avait plus ni attitude d'écoute, ni idées délirantes ; un suivi avait été organisé avec le programme Jade ;

- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 1<sup>er</sup> décembre 2014, suite à un séjour du 9 au 28 novembre 2014 après une décompensation psychotique dans un contexte de consommation de cannabis (hospitalisation

non volontaire) ; il était mentionné que l'assuré ne s'était rendu qu'à un entretien du programme Jade après sa première hospitalisation ; il semblait en rupture complète de traitement et de suivi depuis lors ; à son admission, il était tendu, irritable, interprétatif, avec un discours dans la toute-puissance ; il avait menacé les infirmiers et cassé la vitre de sa chambre ; son hospitalisation avait été marquée par des fugues ; l'évolution sur la fin du séjour avait été favorable, l'assuré se montrant calme et courtois, sans troubles du comportement ;

- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 24 février 2015, suite à un séjour non volontaire du 30 novembre 2014 au 14 janvier 2015 en raison d'une décompensation psychotique sur consommation de cannabis ; les médecins confirmaient le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de cannabis, trouble psychotique ; le jour de l'hospitalisation, l'assuré s'était rendu aux urgences, où avaient été observés une agitation psychomotrice, un discours incohérent, des idées délirantes de grandeur, ainsi qu'un comportement désorganisé ; au début, il s'était montré tendu, collaborant et perplexe, avec une attitude de toute-puissance et avait formulé de multiples demandes inadaptées à la situation (une trottinette, fumer du cannabis) ; il présentait également une importante désorganisation comportementale (il urinait par terre et répandait ses selles sur les murs) ; un traitement médicamenteux avait été mis en place avec un effet partiel ; l'évolution avait été lentement favorable, avec disparition progressive de l'agitation psychomotrice et de l'agressivité, et amélioration du comportement dans l'unité ; néanmoins, des idées délirantes de grandeur avaient persisté, bien que reléguées au second plan ; l'assuré refusait catégoriquement de collaborer avec l'assistante sociale de l'unité et déclinait également toute aide pour trouver un logement ou une activité occupationnelle quelconque ; il affirmait qu'il vivrait chez sa copine dès sa sortie de l'hôpital et qu'il débiterait une activité professionnelle dans une boîte de nuit ; il s'était engagé à continuer son suivi psychiatrique et à rester compliant à son traitement médicamenteux ;

- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 8 février 2016, à l'issue d'un séjour non volontaire du 18 au 19 janvier 2016 après une décompensation psychotique chez un assuré agité et présentant une attitude hétéro-agressive ; le diagnostic principal retenu était confirmé (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : trouble psychotique [F 19.5]) ; durant son hospitalisation, l'assuré avait pu évoquer spontanément comme origine de son problème la consommation des multiples substances illicites ; grâce au traitement et au cadre rassurant et structurant de l'hôpital, l'évolution avait été favorable et, en l'absence de critères de dangerosité, l'assuré avait été autorisé à sortir ; il était alors calme et collaborant, avec une thymie neutre et des affects congruents, sans éléments de la lignée dépressive ou psychotique ;

- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 9 mars 2016, suite à un séjour du 28 février au 2 mars 2016, après une crise d'épilepsie ; l'assuré reconnaissait partiellement la mise en danger, admettant que les crises d'épilepsie étaient déclenchées par les toxiques, le sevrage ou l'arrêt du traitement, mais ne comptait pas changer son mode de vie, bien qu'il accepte un traitement anti-épileptique.
7. Le 4 octobre 2016, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a proposé d'exiger de l'assuré un suivi psychiatrique régulier et un traitement médicamenteux par injection sous forme dépôt, tel que préconisé par sa psychiatre, avant de procéder à une évaluation de sa capacité de travail lors d'un stage d'observation. La date de début de la réadaptation serait fixée trois mois après la confirmation d'un suivi régulier par le psychiatre traitant.
  8. Le 26 octobre 2016, l'OAI a rappelé à l'assuré son devoir de se soumettre au traitement médical préconisé par le SMR et son obligation de diminuer le dommage et l'a avisé qu'il se prononcerait sur ses droits à l'échéance du traitement médical proposé. Son attention a été attirée sur le fait que les prestations pouvaient être réduites ou refusées s'il manquait à ses obligations ; l'OAI pourrait refuser d'entrer en matière ou statuer en l'état du dossier.
  9. Les médecins du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI) des HUG ont indiqué à l'OAI en date du 27 octobre 2016 qu'ils n'étaient pas en mesure de le renseigner sur l'état de l'assuré, ce dernier ne s'étant pas soumis au suivi.
  10. Dans un rapport reçu le 14 mars 2017 par l'OAI, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin au CAPPI, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis décembre 2013. Les diagnostics étaient ceux de trouble psychotique aigu et transitoire (19 septembre 2016), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, de trouble psychotique et d'épilepsie. Il avait eu un unique entretien avec l'assuré. Le pronostic était réservé. Les limitations étaient liées aux troubles du comportement, à l'état anxieux et à la toxico-dépendance. L'exercice d'une activité professionnelle n'était plus exigible. La médication et un suivi permettraient de réduire les limitations et on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Les capacités de concentration, d'adaptation et la résistance étaient limitées, ce qui était peut-être aussi le cas de la capacité de compréhension.
  11. Le 22 mars 2017, la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu que l'assuré présentait une toxicomanie primaire depuis l'âge de 14 ans, en lien avec des facteurs psychosociaux multiples : rupture avec son père, placement en foyer à l'âge de 13 ans, puis absence de domicile fixe. La polytoxicomanie primaire, sans antécédents, ni comorbidité psychiatrique, apparue dans un contexte difficile, n'était pas une atteinte du ressort de l'assurance-invalidité.

12. Par décision du 18 mai 2017, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé au sens de la loi.
13. Le 21 juin 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de ses curateurs, a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation, à la mise sur pied d'une expertise, si besoin, à l'audition de la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin au CAPPI, puis au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

Le recourant allègue souffrir depuis son adolescence d'un trouble de la personnalité de type *borderline* et de troubles induits par la consommation de toxiques. Il argue qu'en l'absence de véritable expertise psychiatrique et au vu du contexte socio-familial extrêmement complexe, on ne saurait affirmer que sa toxicomanie est primaire.

Il ajoute que ses troubles épileptiques n'ont jamais été évalués.

Il signale qu'une expertise a été ordonnée dans le cadre d'une procédure pénale le concernant.

Le recourant produit à l'appui de sa position :

- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 20 octobre 2016, suite à un séjour du 3 juillet au 5 août 2016, mentionnant une fluctuation des prises de toxiques durant l'hospitalisation (cocaïne, cannabis, héroïne fumée) ;
- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 4 janvier 2017, suite à un séjour du 19 septembre au 20 octobre 2016, reprenant les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et d'autres substances psycho-actives, trouble psychotique (F 19.5), d'épilepsie sans précision et de trouble psychotique et transitoire, sans précision ; l'hospitalisation visait une mise à l'abri en raison d'un risque auto-agressif dans le contexte d'une décompensation psychotique ; l'assuré considérait sa situation sociale précaire comme le facteur déclenchant de sa consommation de cocaïne ; il s'était présenté à l'hôpital le 19 septembre 2016, envahi par l'angoisse, avec un sentiment d'insécurité et des idées suicidaires envahissantes sans scénario précis, et avait été hospitalisé à sa demande ; il avait nettement diminué la consommation de psychotropes durant son séjour, sans toutefois parvenir à l'abstinence totale ;
- une lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 11 mai 2017, suite à un séjour du 7 au 9 mai 2017 ; aux diagnostics déjà mentionnés s'ajoutait celui d'hypokalémie, en cours de substitution ; l'assuré avait été hospitalisé en raison d'une baisse de la thymie et d'une idéation suicidaire après consommation de cocaïne, avec une demande de sevrage ; il était abstinent de la cocaïne depuis trois jours et avait développé une symptomatologie anxio-dépressive avec apparition d'idées suicidaires actives dans ce

contexte ; il était sous traitement anti-épileptique - qu'il ne prenait pas correctement - et avait des crises de grand-mal en cas de consommation de toxiques et d'oubli du traitement ; avaient été observées une thymie triste avec affects congruents, une anhédonie, et une baisse de l'élan vital et de l'estime de soi ; l'assuré était sécurisé par le milieu hospitalier ; son discours était clair, il n'y avait pas de troubles du contenu de la pensée ; il consommait 1 à 2 grammes de cocaïne en crack par jour, sans pouvoir élaborer les raisons de cette prise ; depuis l'arrêt, il présentait des signes de manque, était souvent irritable et tendu, se mettait vite en colère, avant de s'excuser ; il disait vouloir arrêter et changer ses habitudes ; il avait une tendance à la méfiance et était interprétatif par moments ; à sa sortie, il pensait continuer son abstinence à son domicile, entouré par ses proches, notamment son frère et son père ;

- un certificat établi le 20 juin 2017 par la Dresse G\_\_\_\_\_, retraçant l'anamnèse de son patient et concluant à un trouble grave de l'usage de cocaïne et autres produits (alcool et cannabis), ainsi qu'à des troubles induits par la consommation de toxiques (pharmaco-psychose, troubles des conduites et crises comitiales) ; selon le médecin, la polytoxicomanie sévère pourrait être désignée comme primaire compte tenu de l'absence de troubles psychiatriques ayant nécessité un suivi à l'adolescence ou pendant l'enfance ; les troubles sont qualifiés de pathologies invalidantes aux plans psychosocial et cognitif ; est également mentionné un trouble grave de la personnalité de type *borderline* avec des aménagements psychopathiques ; selon le médecin, son patient ne serait pas en mesure de se réinsérer.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 août 2017, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère à un avis du SMR du 18 juillet 2017, qui estime que les nouveaux documents produits confirment le caractère primaire des multiples dépendances.

Le docteur H\_\_\_\_\_ relève que les trois nouvelles lettres de sortie décrivent des troubles psychotiques dépendant de la prise de toxiques et en tire la conclusion que les décompensations psychotiques sont dues exclusivement à une mauvaise compliance. Quant à la Dresse G\_\_\_\_\_, elle confirme le caractère primaire de la polytoxicomanie.

15. Par écriture du 11 septembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il produit un certificat établi le 22 août 2017 par la Dresse G\_\_\_\_\_ pour appuyer sa demande d'expertise psychiatrique.

Dans ce document, la Dresse G\_\_\_\_\_ indique que son patient présente toujours des épisodes de désorganisation psychique avec des éléments psychotiques florides (hallucinations acoustico-verbales et idées délirantes), des troubles cognitifs (diminution des capacités d'attention et de concentration, amnésie antérograde) et

des troubles des conduites. Selon elle, la comorbidité addictive au cannabis et à la cocaïne révèle et aggrave les troubles sous-jacents ; une expertise psychiatrique serait nécessaire pour évaluer l'incapacité de travail.

16. Dans sa duplique du 2 octobre 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
17. Le 8 février 2018, le recourant a fait parvenir à la chambre de céans de nouveaux certificats.

Il souligne que la Dresse G\_\_\_\_\_ a mentionné des troubles sous-jacents révélés par l'addiction au cannabis et à la cocaïne. Il argue que le qualificatif de « sous-jacent » démontre que ces troubles seraient préexistants. Le caractère primaire des manifestations psychotiques aurait été mis en lumière grâce à sa meilleure compliance aux soins.

Ont été produits :

- un rapport de consultation d'épileptologie du 19 décembre 2017, retenant les diagnostics de notion d'état de mal épileptique en janvier 2016 et de crises focales de sémiologie incertaine, variable (aura épigastrique ascendante, troubles langagiers, propos incohérents, pertes de contact), à une fréquence de deux à trois fois par mois, puis crises avec généralisations secondaires de fréquence inconnue, favorisées par une mauvaise compliance médicamenteuse, un abus de substances et une privation de sommeil dans le contexte d'une mauvaise hygiène de vie ; il est indiqué que l'absence d'anomalies à l'électroencéphalogramme (ci-après : EEG) pourrait suggérer un départ profond des crises, par exemple hippocampique ou insulaire ; un EEG de nuit est préconisé afin de rechercher des anomalies épileptogènes ; il est relaté que l'importance de la prise du traitement anti-épileptique et le risque de crises en cas de consommation de substances ont été exposés à l'assuré, lequel est resté peu sensible aux conseils des médecins ;
- une attestation du 30 janvier 2018 de la Dresse G\_\_\_\_\_ confirmant les éléments évoqués le 22 août 2017, notamment l'aggravation des troubles sous-jacents en raison de la comorbidité addictive au cannabis et à la cocaïne ; le médecin relate que l'évaluation clinique plus approfondie, favorisée par la meilleure compliance aux soins, a révélé le caractère primaire des manifestations psychotiques ; en effet, lors de la dernière hospitalisation de l'intéressé, cette symptomatologie a pu être objectivée à distance de toute consommation de toxiques ; le quotidien du recourant reste très perturbé par ces symptômes ;
- une lettre de sortie du service d'addictologie des HUG du 5 février 2018, suite à un séjour du 16 décembre 2017 au 8 janvier 2018 pour mise à l'abri d'une rechute de consommation de cocaïne ; ont été retenus à titre de diagnostics : une schizophrénie, sans précision, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du

cannabis, syndrome de dépendance, et une épilepsie, sans précision ; il a été souligné que, depuis août 2017, l'assuré avait pu s'investir de manière plus assidue dans les soins, avec une meilleure alliance thérapeutique, bien qu'il manquât beaucoup de rendez-vous ; il décrivait le cadre hospitalier comme rassurant, ce qui diminuait beaucoup ses envies de consommation ; néanmoins, la persistance d'une symptomatologie psychotique fluctuante, notamment les hallucinations acoustico-verbales et les troubles du contenu de la pensée, était observée, même après la mise à distance des toxiques ; ces symptômes objectifs et l'anamnèse montraient une psychose chronique précédant la consommation de toxiques, qui restait toutefois un aspect aggravant les recrudescences psychotiques ; au vu de ces éléments, le diagnostic de schizophrénie avait été posé, qui restait à confirmer et affiner sur le moyen terme par les thérapeutes ambulatoires ; une augmentation du traitement neuroleptique pourrait être envisagée ; du point de vue addictologique, l'assuré avait pris deux fois de la cocaïne prisee vers la fin de son séjour ; il n'arrivait pas à identifier de stratégies pour calmer ses ruminations et limiter le risque de rechute ; ces difficultés d'élaboration semblaient aussi en lien avec des déficits cognitifs caractérisant la pathologie psychiatrique de base.

18. Par écriture du 6 mars 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Se ralliant à un nouvel avis du SMR du 5 mars 2018, il soutient que les faits postérieurs à sa décision doivent faire l'objet d'une nouvelle demande.

Selon le docteur H\_\_\_\_\_, les troubles psychotiques subsistant malgré l'abstinence ne ressortent pas des comptes rendus précédents d'hospitalisation. Une dégradation de l'état de santé est possible, mais postérieure à la décision litigieuse.

### **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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir s'il présente une atteinte invalidante d'ordre psychique.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).
5. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès

des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. À cet égard, il convient 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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).

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. Selon une jurisprudence constante, la dépendance – qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie – ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle 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, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références).

---

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

8. En l'espèce, aucun des documents médicaux versés au dossier ne contient tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En outre, aucun des médecins ne se prononce de manière motivée sur le caractère primaire ou non de la dépendance. On ne saurait en particulier suivre la Dresse F\_\_\_\_\_, qui avance cette hypothèse sans aucunement l'étayer. Contrairement à ce qu'affirme ce médecin, les circonstances particulières de l'adolescence du recourant - avec un placement en foyer et un suivi psychologique - pourraient évoquer des problèmes psychiques survenus dès cette période. Quant à la Dresse G\_\_\_\_\_, elle a certes indiqué dans son certificat du 20 juin 2017 que la toxicomanie pourrait être qualifiée de primaire en l'absence de troubles psychiques durant l'enfance et l'adolescence, mais une telle assertion ne suffit pas à conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'addiction du recourant a bien un caractère primaire, puisqu'elle est formulée au conditionnel. En outre, il paraît précisément impossible d'exclure en l'état du dossier que le recourant ait connu de tels problèmes avant de devenir adulte. Les derniers rapports médicaux versés à la procédure tendent du reste à démontrer que la problématique addictive serait secondaire aux troubles psychiques. Enfin, on ne peut retenir que l'aggravation que constitue la persistance de troubles psychotiques hors de toute consommation serait postérieure à la décision attaquée. En effet, les médecins avaient déjà noté, dans un rapport du 24 février 2015, la persistance d'idées délirantes malgré le traitement administré durant le séjour à l'hôpital.

Il convient en outre de souligner que l'incidence des crises épileptiques sur la capacité de travail du recourant n'a guère été analysée. S'il apparaît certes que cette atteinte pourrait être en lien avec la toxicomanie et avec la non-compliance au traitement, il n'est pas possible pour autant d'en faire abstraction sans autre examen, conformément à la jurisprudence précitée qui admet à certaines conditions le caractère invalidant d'une atteinte causée par la toxicomanie.

9. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements nécessaires à trancher le droit aux prestations du recourant.

En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'intimé n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale du recourant. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste en la matière, afin notamment de déterminer le caractère primaire ou non de la toxicomanie et l'incidence sur la capacité de travail des atteintes qu'elle pourrait avoir entraînées. Dans ce contexte, il conviendra dans la mesure du possible que l'expert examine entre autres les raisons du suivi psychologique durant l'adolescence et accède au dossier médical constitué dans ce cadre.

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause à droit à des dépens. Cependant, lorsqu'un assuré est représenté par une institution de droit public qui ne tire pas ses ressources des cotisations ou du soutien financier de ses membres, il n'y a pas de justification économique à l'octroi de dépens (ATF 126 V 11 consid. 5). Tel est le cas en l'espèce, le recourant étant défendu par une autorité administrative.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
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 - 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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