

EN FAIT

1. Monsieur R_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962 à Payerne, de mère suisse et de père d'origine algérienne a été placé en famille d'accueil après être resté 9 mois à l'hôpital lors de sa naissance, ses parents n'étant pas en mesure de s'occuper de lui.
2. A l'âge de 15 ans, il s'est engagé sur un bateau sur le Rhin. Après avoir changé plusieurs fois de navire, en raison de conflits, il a obtenu un CFC de marin en 1981. Il a ensuite effectué son service militaire, avec quelques passages par la prison militaire, puis à 20 ans, il est engagé comme docker à Bâle. Il a alors commencé une importante consommation d'alcool.
3. Alors qu'il était âgé de 21 ans, l'assuré a fait sa première tentative de suicide, et il a vécu depuis lors dans la rue, sans domicile fixe. Il a travaillé pour de courtes durées auprès de divers employeurs. Il a commis plusieurs délits et a été incarcéré à plusieurs reprises en Suisse et en France. Après une première peine de 10 mois pour divers vols et cambriolages, il a été condamné à 2 ans et demi de prison pour un autre délit. Il s'est évadé après un an et s'est enfui en France, où il a vécu trois ans, dans la rue. Il a été interpellé en France par Interpol ou en raison d'un nouveau délit et il a été emprisonné de 5 à 8 mois en France. Il a alors été extradé en Suisse pour y purger le solde de sa précédente peine durant 2 ou 3 ans. Lors de sa libération, il était abstinent de toute drogue et d'alcool depuis 3 ans, mais il a refusé tout projet d'intégration et d'encadrement. Il est alors reparti vivre dans la rue, vraisemblablement en 1993 au sud de la France, et ce jusqu'en 2004.
4. Les comptes individuels de l'AVS du recourant confirment le parcours professionnel qu'il a décrit, et en particulier:
 - activité lucrative auprès de. X_____ à Bâle de janvier à avril 1981 (marin);
 - activité auprès de Y_____ de mai à octobre 1981 (apprentissage, revenu: 1'800 fr.);
 - activité lucrative auprès de. X_____ à Bâle de novembre 1981 à janvier 1983 (marin);
 - activité lucrative successivement auprès de Z_____, ainsi que XA_____ et d'un autre employeur à Laufen d'avril à août 1983 et de janvier à décembre 1984 (16'321 fr.);
 - interruption de janvier à octobre 1985, vraisemblablement en raison de l'incarcération;

-
- activité temporaire auprès de divers employeurs (5'672 fr.) de novembre 1985 à janvier 1986, de XB_____ (2'575 fr.) en avril 1986, d'ADIA intérim (3'977 fr.) de juin à août 1986, puis de XC_____ (939 fr.) en septembre 1986;
 - sans activité de janvier à décembre 1987 (incarcération) ;
 - sans activité dès février 2004.
5. Le recourant est revenu à Genève en janvier 2004 et il bénéficie depuis lors de l'assistance de l'Hospice Général, incluant la location d'une chambre. Il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après OAI), le 15 mars 2005, en raison d'un trouble dépressif.
6. Le rapport d'examen neuropsychologique du Département des Neurosciences cliniques et Dermatologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG) du 1^{er} juin 2005, a mis en évidence chez le recourant un ralentissement (objectivé dans plusieurs épreuves psychométriques), ainsi que des performances déficitaires à une épreuve de mémoire verbale à long terme (apprentissage, évocation différée et reconnaissance) et a conclu que, sur le plan cognitif, la reprise d'une activité professionnelle était possible, même si le rendement était fluctuant, le problème relevant surtout du contact interpersonnel.

Par rapport médical du 19 août 2005, le Dr G_____, psychiatre, a diagnostiqué, avec des répercussions sur la capacité de travail, une schizophrénie simple (F 20.6), avec d'autres déficits cognitifs persistants dus à la prise chronique d'alcool (F 10.74) et, sans répercussions sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10), des traits de personnalité dyssociale (F 60.2), des insomnies non organiques (F 51.0), des troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinant (F 10.20), des troubles mentaux et du comportement liés au cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 17.25), une hépatite C chronique, une hépatite B chronique, une polyneuropathie d'origine alcoolique, ainsi qu'une crise d'épilepsie sur sevrage éthylique (F 10.31).

7. Par avis médical du 20 avril 2006, le Dr H_____, médecin interne auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après SMR) a indiqué qu'il n'était pas convaincu par le diagnostic retenu d'une schizophrénie simple, et a demandé une expertise psychiatrique.

L'expertise médicale du 15 mai 2007 effectuée par le Dr I_____, psychiatre, est fondée sur l'examen du dossier des HUG et de l'OAI, deux entretiens avec l'expertisé, trois entretiens téléphoniques avec le Dr J_____ et un entretien avec l'assistante sociale de l'expertisé. L'expert a effectué une anamnèse complète, examiné les plaintes subjectives du patient et les éléments objectifs. L'expert a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif

récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F 10.2), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de plusieurs substances, utilisation nocive pour la santé (F 19.1), un trouble de la personnalité borderline (F 60.31), ainsi qu'une suspicion de déficit cognitif persistant (F 19.74), entraînant une incapacité de travail de 100% depuis son retour en Suisse, que l'expert date par erreur à début 2005. Le diagnostic de schizophrénie n'est pas retenu. L'expert précise que les troubles toxicomaniaques et alcooliques sont difficilement évaluables comme primaires ou secondaires, en ceci qu'ils sont en rapport direct avec le trouble de la personnalité. Il indique aussi que l'assuré est totalement incapable de travailler et de s'adapter à tout environnement professionnel, mais estime qu'il conserverait une capacité d'adaptation, mais faible, en cas de sevrage et d'abstinence de toute consommation de drogue et d'alcool et une amélioration du trouble de l'humeur, tout en précisant que cela n'a pas été vérifié lors de la dernière période d'abstinence de l'assuré, de février 2005 à avril 2006. Le trouble dépressif récurrent n'est pas en tant que tel une contre-indication au travail, mais au moment de l'expertise, l'assuré n'est pas compensé, l'épisode dépressif est d'intensité moyenne ce qui voue à l'échec toute reprise du travail. Le cas échéant, l'activité adaptée consisterait en une activité manuelle, sans responsabilité, sans exigence de rendement et sans nécessité de collaborer avec d'autres travailleurs.

8. Par un nouvel avis du 10 juillet 2007, le Dr H _____, médecin interne auprès du SMR a, entre autres, indiqué qu'il était d'accord avec le fait que le recourant présentait un trouble de la personnalité borderline, mais que cela ne l'avait pas empêché de faire un CFC de marin. De plus, il s'avérait que le recourant ne faisait pas tout ce qu'il fallait pour réduire sa consommation d'alcool. Par ailleurs, le diabète de type II, dont il souffrait, ne constituait pas une contre-indication pour un travail utilisant la force musculaire, de sorte qu'il fallait retenir que la capacité de travail du recourant était entière.
9. Le 1^{er} février 2008, l'OAI a notifié un projet de décision refusant l'octroi de toute prestation au recourant, au motif que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxicodépendance, et qu'il ne s'agissait donc pas d'une invalidité au sens de la loi.

Entretemps, le 8 janvier 2008, puis à nouveau le 19 août 2008, le recourant a été admis au Département de Psychiatrie des HUG, en raison d'un trouble mental et un trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25).

Par courrier du 20 mai 2008, le Dr J _____, psychiatre, a indiqué que l'état de santé du recourant s'était aggravé, et qu'il souffrait, à présent, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F 33.2), avec deux épisodes d'automutilation à visée suicidaire, ayant nécessité un bref séjour le 8

janvier 2008 à la CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE BELLE-IDEE, puis un séjour du 19 février au 4 mars 2008 à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA;

Le Dr J_____ a encore indiqué qu'il appuyait l'expertise psychiatrique du 15 mai 2007, qui concluait à une incapacité de travail totale.

10. Par décision du 21 juillet 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision et a refusé l'octroi de toute prestation au recourant, suite à l'avis médical de Madame K_____, médecin conseil, sans spécialisation FMH auprès du SMR du 26 juin 2008, indiquant que le courrier du Dr J_____ du 20 mai 2008 n'apportait pas d'élément concret permettant une modification des conclusions de l'avis de juillet 2007.

11. Par courrier du 25 juillet 2008, le recourant a interjeté recours contre cette décision.

Constatant, par pli du 28 juillet 2008, que le recours n'était pas conforme à la loi sur la procédure administrative (ci-après LPA), le Tribunal de céans a imparti un délai au recourant 25 août 2008, afin de lui permettre de satisfaire aux exigences légales.

Dans le délai imparti, le recourant a déposé un acte complémentaire, le 19 août 2008, dans lequel il précise que son incapacité de gain n'était pas due à un problème de toxicodépendance, mais à un trouble dépressif récurrent, qui selon le Dr J_____ s'aggrave, ainsi qu'un trouble de la personnalité borderline, et conclut à l'octroi d'une rente entière.

Le 22 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant qu'il n'est pas établi que la dépendance du recourant soit la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé ayant pour effet de diminuer la capacité de gain du recourant.

12. Par ordonnance du 29 septembre 2008, le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture des enquêtes, avec l'audition du Dr J_____, en qualité de témoin, et a demandé à l'OAI un rapport de la division de réadaptation professionnelle visant à présenter les métiers que le recourant pourrait exercer, en tenant compte des limitations retenues par l'expert psychiatre. L'OCAI a répondu le 20 octobre 2008 que la transmission du dossier du recourant au service de réadaptation ne se justifie pas, car selon l'avis médical du 10 juillet 2007, le recourant est capable de travailler dans toutes activités, sans limitations fonctionnelles.

Lors de l'audience du 25 novembre 2008, le Dr J_____ a confirmé sa position quant à l'état de santé du recourant et a précisé:

" Je suis le recourant depuis octobre 2005. Vous me donnez lecture des diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail retenus par l'expert le Dr I_____ dans son rapport du 15 mai 2007, je les confirme. Je précise toutefois que l'évolution négative du trouble dépressif, qui se chronicise, ce que craignait l'expert, est en train de se produire. Plusieurs hospitalisations en témoignent dont trois cette

année encore, 1 jour d'hospitalisation en janvier 2008 pour tentative de suicide, un séjour à la Clinique de Montana du 19 février au 4 mars, et un séjour à Belle-Idée du 24 juin au 3 juillet de cette année, cela s'agissant de l'état psychique, je produis copies des rapports. Mon patient a également été hospitalisé ce mois en raison d'une hémoptysie (crachat de sang), à l'heure actuelle encore investiguée.

L'expert retient, également à juste titre, un trouble sévère de la personnalité. Vous me donnez lecture du paragraphe 4 point 5 p. 8 de l'expertise. J'explique que les troubles de la personnalité apparaissent à la fin de l'adolescence/au début de l'âge adulte, leurs étiologies sont nombreuses. S'agissant d'un trouble de la personnalité borderline comme ici il conduit à des comportements à risque, avec consommation en tout genre, souvent dans un but de soulagement d'un malaise, parfois dans un but suicidaire. Pour moi, la toxicomanie est clairement une conséquence du trouble de la personnalité, je ne rejoins donc pas du tout les médecins de l'OCAI dans leur appréciation. Toute l'anamnèse va dans ce sens. Cela n'a rien à voir avec une consommation d'alcool ou de drogue que l'on pourrait dire sociale et qui à terme peut découler sur une accoutumance.

S'agissant de l'influence des diagnostics sur la capacité de travail (p. 9 de l'expertise) le Dr I_____, retient à mon sens, que mon patient ne peut pas travailler actuellement d'une part en raison de sa dépendance et de l'abus à différentes substances, d'autre part en raison du trouble dépressif récurrent parce qu'actuellement il n'est pas compensé. Je précise qu'il n'y a pas eu d'abstinence pendant un an, et qu'en revanche le traitement antidépresseur mis en place est bien suivi.

En tant qu'expert psychiatre, le Dr I_____ émet quelques réserves s'agissant par exemple de la question de savoir si la toxicomanie est primaire ou non car il ne s'agit pas d'une science exacte. Il faut toutefois prendre l'expertise dans son ensemble, il en résulte clairement selon moi l'existence de troubles psychiques primaires induisant une totale incapacité de travail.

Sur question j'indique qu'en effet le diagnostic d'hémoptysie et les investigations sur son origine sont de nature à créer de l'anxiété et à péjorer l'état psychique.

Je dirais que s'il n'y avait pas les troubles psychiques, la dépendance aux différentes substances et la consommation actuelle de mon patient n'empêcheraient pas l'exercice d'une activité lucrative, éventuellement avec un certain absentéisme.

Vous me donnez lecture de l'avis médical du SMR du 26 juin 2008, je le conteste. Je ne peux que confirmer ma position et ma déclaration susmentionnée. Je précise que les hospitalisations dont elle parle datent bien de 2008 et non pas de 2001, mon rapport contient une erreur de plume."

13. Le recourant a produit, le 20 février 2009, un certificat médical du 18 février 2009 indiquant qu'il a bénéficié d'un scanner pulmonaire de contrôle ne montrant pas

d'atteinte tumorale pulmonaire, mais qu'il souffre, en revanche, d'une bronchite chronique obstructive modérée en lien avec son tabagisme.

Par avis médical des 27 mars et 6 avril 2009, le Dresse K_____ auprès du SMR a indiqué que les trois hospitalisations du recourant ne font que confirmer la toxicomanie primaire dont il souffre, et que les troubles thymiques constatés ne sont pas suffisants pour poser un diagnostic d'épisode dépressif de la CIM-10. Les Dr J_____ et I_____ ignorent la jurisprudence en matière de trouble de la personnalité et de toxicomanie primaire et secondaire, étant précisé que les médecins et les experts doivent déterminer si l'assuré présente une atteinte à la santé préexistante à la toxicomanie.

Par courrier du 22 mai 2009, le Dr J_____ a confirmé son opinion, à savoir que la dépendance à l'alcool est secondaire à un trouble psychique grave et persistant, qui entraîne une incapacité de travail complète.

14. Le 15 juin 2009, le Tribunal a ordonné une expertise psychiatrique, et octroyé un délai 30 juin 2009, prolongé au 16 juillet 2009, pour communiquer toute proposition d'un nom d'expert et de questions, proposant de confier l'expertise au Dr L_____, psychiatre.

Par courrier du 13 juillet 2009, l'OCAI a accepté le Dr L_____ comme expert, et a souhaité poser une question concernant la présence d'une maladie psychiatrique préexistante à la toxicomanie et susceptible d'entraîner une maladie psychiatrique incapacitante, ainsi qu'une éventuelle présence d'une maladie psychiatrique séquellaire de la toxicomanie. Par courriers des 14 et 24 juillet 2009, le recourant a proposé une liste de 5 psychiatres, dont la Dresse P_____, psychiatre, puis indiqué qu'il ne souhaitait pas que l'expertise soit confiée au Dr L_____, au motif que celui-ci ne parle pas suffisamment l'allemand.

15. Par ordonnance du 31 juillet 2009, le Tribunal a confié l'expertise médicale au Dr Q_____. Celle-ci a remis au greffe du Tribunal le 11 novembre 2009 son rapport d'expertise daté du 24 octobre 2009 puis elle a précisé, par fax du 3 décembre 2009 qu'une faute de frappe s'était glissée dans l'expertise, à savoir qu'il fallait lire sous diagnostics; F10.23 *"IT actuellement de 0% (au lieu de 100%) car actuellement maintien d'abstinence..."*.

Après une anamnèse très détaillée, l'expertise retient les diagnostics suivants et détermine leur conséquence sur la capacité de travail de l'assuré:

F61 .0 Trouble mixte de la personnalité (traits dyssociaux, émotionnellement labile, schizoïde)

Incapacité de travail (IT) ce jour 100%;

Début de l'IT durable env.1983 ; aggravation en parallèle au procès de désocialisation

F43.1 Etat de stress post-traumatique

Depuis en tout cas début 2000 ; installation progressif,

F34.9 Trouble de l'humeur persistant

Début exact difficile à dater, depuis en tout cas début 2000

Plusieurs symptômes des deux diagnostics se recoupent, IT des deux ensembles 100%

F10.23 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, abstinent depuis 3 mois sous traitement

IT actuellement 100% car maintien d'abstinence depuis plusieurs mois;

Depuis début de l'âge adulte — env.1980, depuis 2004 en traitement avec abstinence durée variable, plus longue en 2008 de 5 mois, actuellement abstinent depuis 3 mois

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de plusieurs substances

IT à 0%

Depuis début de l'âge adulte env.1980,

Diagnosics somatiques, qui selon le médecin traitant de l'expertisé n'entraînent pour le moment pas d'IT, mais peuvent être évolutifs :

Diabète type 2;

Hépatite C chronique, activité minimale;

Fibrose portale (hépatique) ;

Poly neuropathie diabétique et toxico-carenciel (pallesthésie en sept 09 diminué à 4/8 à droit et 2/8 à gauche);

Bronchite chronique obstructive sur tabagisme chronique;

Lésion excavée du lobe pulmonaire inf. gauche sur lésion coup de couteau;

Hépatite B inactive.

Les limitations fonctionnelles du recourant sont décrites ainsi :

"En raison du trouble de personnalité grave, l'expertisé est incapable de gérer 1) les interactions avec les autres 2) ses propres émotions et 3) son comportement impulsif avec les conséquences qui en découlent. Il est incapable de fonctionner durablement dans un environnement professionnel avec d'autres personnes, de fonctionner dans un cadre de travail avec une hiérarchie, des horaires, des règles à respecter. Sa tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences et sa grande labilité émotionnelle ainsi que son intolérance à la frustration peuvent prédire un absentéisme, une grande fluctuation du rendement, des conflits avec des collègues, supérieurs, et le cas échéant, des clients potentiels. Se surajoute à cela les limitations fonctionnelles en rapport à l'état de stress post-traumatique et trouble de l'humeur qui sont une diminution du maintien de l'attention et de la concentration due aux ruminations et pensées intrusives, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité accrue, une intolérance au stress. Afin de pouvoir gérer son quotidien (de manière peu satisfaisante), l'expertisé

nécessite actuellement un traitement médicamenteux lourd, nécessitant l'association de cinq médicaments psychotropes avec, comme un des effets secondaires, une somnolence jusqu'à midi. Actuellement il n'y a pas de limitation fonctionnelle liée à l'alcoolisme car le patient est abstiné depuis 3 mois, mais au vu des difficultés de contrôle d'impulsion, des comportements auto-dommageables inhérents au trouble de personnalité, le risque de rechute est élevé.

Le trouble de personnalité est préexistant à la toxicomanie et entraîne en soi chez l'expertisé une incapacité de travail totale. Il a, chez l'expertisé, un impact sur tous les domaines de fonctionnement et, est dans ce sens dans sa gravité et dans son impact sur la capacité du travail comparable à, par exemple une schizophrénie, ce qui explique que le Dr G _____ ait évoqué ce diagnostic en 2004. Il est possible que l'alcoolisme chronique ait conduit à une polyneuropathie toxico-carentielle ainsi qu'à un début d'encéphalopathie toxico-carentielle, mais qui n'ont pas actuellement d'impact sur la capacité de travail, raison pour laquelle je n'ai pas demandé d'examen complémentaires telle qu'une électroneuromyographie ou un nouveau bilan neuropsychologique. L'état de stress post-traumatique et le trouble de l'humeur actuellement présents, sont indépendants de la toxicomanie et entraînent actuellement également une baisse de la capacité de travail.

L'experte s'écarte clairement des conclusions posées par le SMR.

"L'expertisé souffre depuis qu'il est jeune adulte d'un trouble de personnalité grave de type mixte qui entraîne un dysfonctionnement grave au niveau de tous les domaines de sa vie et qui en lui-même et indépendamment du problème de toxicomanie, a causé et est cause d'une incapacité de travail à 100%. Si l'expertisé a réussi à obtenir un CFC de marin, c'est suite à un concours de circonstances et avec beaucoup de difficultés. En effet, il a eu la possibilité de changer de bateau tous les 3 mois et parce qu'il dormait sur son lieu de travail, ce qui l'empêchait à céder à l'impulsion de ne pas se rendre au travail. Avant, un essai d'apprentissage en mécanique avait échoué. Il a également déjà, au service militaire, fait deux séjours en prison et a été réformé pour raison psychiatrique, après avoir agressé un lieutenant. Sa 1ère hospitalisation pour tentative de suicide, un des symptômes clé du trouble de personnalité, a lieu déjà à l'âge de 21 ans. Après sa 2ème incarcération en Suisse, malgré 3 ans d'abstinence d'alcool et d'autres substances, l'expertisé est toujours aussi incapable de s'insérer dans un tissu social, de travailler en raison de son trouble de personnalité non traité. Les 17 ans passés à vivre dans la rue ont accentué encore le processus de désintégration et désocialisation de la personnalité. Même après 5 ans de vie stable à Genève et dans la période d'abstinence la plus longue (5 mois), la police a dû intervenir à domicile, en raison d'un repli social total et d'un envahissement de pensées et d'images en rapport avec un état de stress post-traumatique, qui actuellement entraîne également une incapacité de travail presque complète. En ce qui concerne le trouble de l'humeur de l'expertisé, il n'est actuellement pas à mettre sur le compte de l'alcoolisme car l'expertisé est abstiné depuis 3 mois. Mais il est néanmoins difficile de poser un

diagnostic précis de trouble dépressif récurrent, car la symptomatologie dépressive présente actuellement, pourrait également faire partie du trouble de personnalité ou de l'état de stress post-traumatique. J'ai donc opté pour le diagnostic de trouble de l'humeur persistant (F34.9) qui reste le plus descriptif mais a les mêmes limitations fonctionnelles. Donc, en plus du trouble de personnalité, actuellement l'état de stress post-traumatique et la symptomatologie dépressive persistante entraînent également une incapacité de travail. Bien que, par le passé, la dépendance alcoolique (en plus du trouble de personnalité) ait également entraîné une incapacité de travail, aujourd'hui le patient est abstinent depuis 3 mois et comme dans la période d'abstinence de 5 mois en 2008 et de 10 mois et 3 ans après des deux d'emprisonnement, il présente néanmoins une incapacité de travail à 100% qui est en rapport avec les autres diagnostics. Même si les conclusions de l'expertise du Dr I_____ en 2007 sont moins claires et par moment contradictoires, il conclut également en point 3. que « l'assuré est incapable de s'adapter à tout environnement professionnel. En cas de sevrage et d'abstinence de consommation de toute drogue et d'alcool, ainsi que d'amélioration du trouble de l'humeur, l'expertisé conserverait une capacité d'adaptation faible à tout environnement professionnel.»

16. Les parties ont été invitées à se prononcer sur l'expertise. Le recourant a renoncé à des observations considérant le rapport clair et circonstancié. L'OAI a maintenu sa position estimant que l'expertise ne remplit pas les critères de qualité pour être convaincante du point de vue médical, en se fondant sur l'avis du 3 décembre 2009 de la Dresse K_____ auprès du SMR. En substance, l'expertise n'est pas convaincante car il n'y a pas d'analyse du dossier mis à disposition, pas de description, les diagnostics retenus vont à l'encontre des réponses données sous point 14, en ce sens qu'il est mentionné que le trouble de la personnalité est préexistant à la toxicomanie alors qu'il est dit l'inverse dans les diagnostics. De plus, la grossière erreur s'agissant du pourcentage d'incapacité lié à la consommation d'alcool est un revirement incompréhensible. Au demeurant, l'assuré avait obtenu un CFC de marin et fait l'école de recrue sans aucun problème.

17. Le Tribunal a gardé la cause à juger le 18 décembre 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

-
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 15 mars 2005 et la décision litigieuse date du 21 juillet 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 dans la mesure de leur pertinence, et, pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2008, au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, le cas échéant (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'incapacité de travail du recourant est due à sa toxicomanie, et dans ce cas, si celle-ci entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à sa capacité de gain ou si sa dépendance résulte d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante.
5. a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1^{er}). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 7 al. 1^{er} LPGA).
- b) Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit

le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

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

d) En vertu de l'art. 28 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 2). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2^{bis}).

Toutefois, lorsqu'il y a lieu d'admettre que si l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé, il exercerait, au moment de l'examen de son droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27^{bis} RAI).

L'art. 16 LPGA prévoit 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.

6. a) Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*). À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui

nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).

b) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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

c) 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, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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).

Il n'est pas nécessaire que le diagnostic posé par l'expert soit émaillé de références à la doctrine médicale. On attend bien plutôt de l'expert un diagnostic précis et formulé selon les règles de la science médicale. S'il ne s'agit que d'une suspicion ou d'un diagnostic possible, l'expert doit le signaler explicitement (ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 435/05 consid. 2 ; voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, *in* L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21).

-
7. Dans le cas d'espèce, la persistance du SMR à contester les avis médicaux du Dr I_____, expert et du Dr J_____, psychiatre de l'assuré, figurant au dossier a amené le Tribunal de céans à ordonner une expertise judiciaire. On rappellera que le juge ne s'écarte des conclusions d'une telle expertise que s'il existe des motifs impératifs. Il convient, par conséquent, d'examiner si les arguments développés par le SMR, et sur lesquels se fonde l'OAI, constituent des motifs suffisants pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert.

A cet égard, on relèvera que, s'agissant de l'expertise de la Dresse Q_____, l'ensemble des critères jurisprudentiels sont réunis pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. On constate, en effet, que cette expertise repose sur un examen approfondi du dossier, l'expert a examiné le recourant à deux reprises, elle a pris en considération les diverses pièces médicales figurant au dossier du Tribunal et au dossier du patient auprès des HUG, elle a eu trois entretiens téléphoniques avec le Dr J_____, médecin traitant psychiatre et deux entretiens téléphoniques avec la Dresse R_____, médecin traitant du recourant, pour apprécier son état de santé. On observe également que l'expertise comprend une anamnèse très détaillée et qu'elle fait état de l'ensemble des données subjectives et objectives du recourant. Elle est établie de manière neutre et libre de toute appréciation dépréciante. La situation médicale du recourant y est clairement exposée et l'expert pose des diagnostics précis, qu'elle discute. Il explique en particulier sur quels éléments elle s'est fondée pour poser son diagnostic.

L'expert détaille ensuite les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics posés et conclut qu'aucune activité n'est adaptée au cas du recourant. Elle démontre aussi que le trouble de la personnalité est préexistant à la toxicomanie et entraîne en soi une incapacité totale de travail. Ce trouble est, de par sa gravité et son impact sur la capacité de travail, comparable à une schizophrénie, ce qui explique que le Dr G_____ avait évoqué ce diagnostic en 2004.

De surcroît, l'expert explique ses divergences avec les conclusions du SMR de façon circonstanciée. En particulier, elle relève avec pertinence que c'est en raison de conditions très particulières que l'assuré a obtenu un CFC et travaillé comme marin, sans que cela soit déterminant car il est démontré que c'est depuis son jeune âge que le patient est atteint du trouble grave retenu, qui ne s'amende ni en cas d'abstinence ni après cinq ans de vie stable à Genève.

Contrairement à ce qui est affirmé par le SMR après l'expertise, l'expert a effectué une analyse très complète du dossier, tant au niveau de l'expertise du Dr I_____, que de l'avis de Dr J_____ et des objections du SMR. Elle a demandé un examen somatique par le médecin traitant et longuement écouté et analysé les plaintes du patient. Elle ne se contredit pas entre les diagnostics et l'analyse du caractère secondaire de la toxicomanie. L'erreur quant à l'incapacité liée à l'alcoolisme est à l'évidence une faute de frappe, car l'analyse faite montre bien que l'expert ne retient pas d'incapacité actuelle de ce fait en raison de

l'abstinence. D'ailleurs, elle le répète plusieurs fois. Les critiques du SMR en lien avec l'obtention d'un CFC par l'assuré ont été écartées avec pertinence par l'expert. Dans ses dernières conclusions, le SMR se contente de les répéter sans analyser ou contester les réponses déjà données par l'expert.

Au vu de ce qui précède, on doit admettre que les remarques de SMR ne sont pas de nature à faire douter de la pertinence des conclusions de l'expert ni à remettre en cause ses diagnostics. Il convient, par conséquent, d'accorder une pleine valeur probante à cette expertise et d'en suivre les conclusions. Selon l'expert, le recourant présente une incapacité totale de travail, en raison de troubles psychiatriques distincts de sa dépendance à l'alcool et ceci dans toute activité, même adaptée.

8. Le Dr I_____ n'a pas daté le début de l'incapacité durable, estimant que cela n'était pas évaluable avec précision. La Dresse Q_____ indique que le début de l'incapacité de travail est certainement ancienne (1983), mais impossible à préciser. Par contre, elle détermine l'incapacité de gain durable et totale au début de l'année 2000, ce qui implique que le droit à la rente s'est ouvert en tout cas début 2001. La précision de l'anamnèse et les conclusions concernant la préexistence des troubles psychiques sur la toxicomanie ressortant de l'expertise de la Dresse Q_____ font qu'il convient de retenir la date admise par cet expert. La demande a été déposée le 15 mars 2005, de sorte que le recourant peut prétendre au paiement rétroactif de sa rente seulement pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande, soit dès le 15 mars 2004, de sorte que la rente doit être allouée depuis le 1^{er} mars 2004 (art. 48, al. 2 et 29, al. 2 LAI).
9. L'assuré n'exerce pas d'activité lucrative depuis 1986. Toutefois, il faut admettre que s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, il aurait exercé une activité lucrative à temps complet, de sorte que son invalidité doit être évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative et non pas en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. L'assuré est totalement incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, même adaptée, de sorte qu'il est invalide à 100% et a droit à une rente entière d'invalidité.

Le recours est donc admis.

10. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 500 fr, son mandataire n'ayant pas eu d'écritures à rédiger.

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau

droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

Dans le cas d'espèce, il est admissible que le SMR conteste l'un ou l'autre point des expertises du Dr I_____ et de la Dresse Q_____. Par contre, le rejet sans nuances du caractère probant de l'expertise sur la base d'une appréciation lacunaire, en reprenant les arguments pourtant soumis à l'appréciation et discutés par l'expert, en remettant en cause les compétences professionnelles des deux experts et du médecin traitant, dont les diagnostics et les conclusions sur l'incapacité totale se rejoignent en grande partie, lorsque le médecin qui prend position n'a pas la spécialisation requise et donc pas les compétences des trois autres médecins, a pour conséquence de rallonger et complexifier inutilement la procédure. Pour ces raisons, l'émolument sera en l'espèce fixée à 1'000 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 21 juillet 2008.
3. Dit que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès le 1er mars 2004.
4. Invite l'OCAI à rendre une nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 500 fr. en faveur du recourant.
6. Met un émolument de 1'000 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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