

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3209/2011

ATAS/866/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant grec né en 1970, a exercé divers emplois temporaires dès 1986, notamment en tant qu'aide-peintre, et a connu des périodes de chômage et d'inactivité. Il a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 15 février 2002, invoquant des problèmes psychiques, une toxicomanie et des problèmes physiques depuis 1987.
2. Dans un rapport du 27 mai 2002 destiné à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin à la FONDATION PHÉNIX, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 4 avril 2002 pour une durée indéterminée en raison d'une rechute de la dépendance à la cocaïne, d'abcès dentaires et d'un trouble de la personnalité dépendante existant depuis l'adolescence.
3. Dans un questionnaire rempli le 5 juin 2002, l'ENTREPRISE SOCIALE X_____, employeur de l'assuré, a indiqué que celui-ci avait travaillé pour elle en tant qu'employé polyvalent du 22 octobre 2001 au 4 mars 2002, date à laquelle elle avait résilié les rapports de travail en raison de la difficulté de l'assuré à tenir un emploi. Il percevait un salaire horaire de 13 fr. 15, indemnité de vacances de 8.33 % non comprise, et l'horaire de travail était de 4 heures quotidiennes, quatre jours par semaine.
4. Dans un rapport du 23 janvier 2003, le Dr A_____ a fait état de diagnostics de personnalité dépendante (F 60.7), de traits de personnalité dyssociale (F 60.2) et de traits de personnalité émotionnellement labile en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré souffrait également de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés actuellement sous substitution (F 11.22), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (F 14) et d'une hépatite virale chronique C (B 18.2), ces atteintes étant sans incidence sur sa capacité de travail. Son état était stationnaire et ne pouvait être amélioré par des mesures médicales ou professionnelles. Ce médecin a également joint une anamnèse détaillant le parcours de l'assuré, mentionnant l'utilisation d'héroïne dès l'âge de 20 ans suivie d'une cure de désintoxication jusqu'à 21 ans. L'assuré avait ensuite tenu un petit commerce en Grèce avant de replonger dans l'héroïne. Il avait alors rejoint son frère à Genève en 1995 et avait été pris en charge par la FONDATION PHÉNIX en 1996 dans le cadre d'une substitution par méthadone avec un soutien médico-social intensif. Son traitement avait évolué défavorablement en raison de consommation non contrôlée de benzodiazépines et de cocaïne. L'assuré, qui avait commis quelques délits sous l'emprise de la drogue, avait séjourné en prison à plusieurs reprises. Il avait ensuite vécu pendant une dizaine de mois au FOYER Y_____, où il était resté totalement abstinent et avait collaboré correctement dans l'institution. Ce séjour

avait dû être écourté en raison du manque de financement. L'assuré tentait depuis de maîtriser sa consommation de cocaïne. Le Dr A_____ a également relaté les plaintes de l'assuré. Celui-ci n'était cependant pas très conscient des enjeux pour l'avenir et n'avait que peu de plaintes subjectives. Il arrivait au mieux à décrire son incapacité à résister à ses pulsions de consommation. Il était plein de bonne volonté et collaborant, mais reconnaissait l'impossibilité à se fondre dans un réseau social et professionnel. Les constatations objectives du médecin étaient les suivantes: l'assuré était collaborant, facilement trop optimiste et jovial et méconnaissait totalement ses limites sociales et professionnelles. Il était rarement déprimé, mais présentait quelques signes de la lignée hypomane sans déshinhibition franche ni trouble du cours des idées. Il ignorait volontiers les contraintes implicites de certains projets et était totalement dépendant de son assistante sociale à l'Hospice général et de l'encadrement psychosocial de la FONDATION PHÉNIX. Il n'était capable d'aucune régularité et avait besoin d'aide pour tous les aspects de sa vie quotidienne. Le médecin a conclu à des troubles de personnalité dépendante particulièrement profonds. Toutes les tentatives de travail en atelier avec un soutien psycho-éducatif s'étaient soldées par des échecs dus à l'irrégularité, l'absentéisme et l'incapacité de l'assuré à fournir un travail de qualité minimale. On avait pu constater lors de ces essais que l'assuré était anosognosique en ce qui concernait ses propres limitations et était convaincu de donner satisfaction. La seule expérience positive de ces dernières années avait été son passage au FOYER Y_____, où il s'était plu et avait pu s'intégrer relativement harmonieusement. Il disposait désormais d'un logement indépendant grâce à l'appui constant de son assistante sociale et de la FONDATION PHÉNIX. Il était incapable de fournir un travail générant une capacité de gain. En raison des troubles de personnalité développés dès l'adolescence, l'assuré ne pouvait se réinsérer professionnellement. Le Dr A_____ a émis l'hypothèse que l'utilisation d'ecstasy avait contribué à déstructurer sa personnalité, comme cela avait été démontré dans plusieurs cas similaires. En conclusion, il ne pouvait profiter de mesures professionnelles, les compétences psychologiques, sociales et cognitives nécessaires lui faisant défaut. Aucune activité professionnelle ne pouvait être exercée et une amélioration ne pouvait être espérée. En cas d'évolution favorable, on pouvait envisager au mieux une activité à temps partiel dans un atelier avec soutien éducatif. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, le médecin a encore précisé que la toxicomanie était la conséquence de troubles de personnalité dépendante existant depuis l'adolescence. La prise régulière d'ecstasy avait pu aggraver les signes et les symptômes préexistants. Des traitements de méthadone avaient été mis en place.

5. Dans un avis du 19 décembre 2003, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) a relevé qu'un simple diagnostic de personnalité dépendante n'était pas en soi constitutif d'une maladie invalidante et il

n'était pas clairement démontré que la toxicomanie soit secondaire. Il a préconisé une expertise.

6. Celle-ci a été confiée au Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce dernier a informé l'OAI par courrier du 11 juin 2004 que l'assuré, convoqué par courrier à l'expertise, ne s'y était pas présenté et ne s'était pas excusé.
7. L'OAI a adressé une sommation à l'assuré en date du 22 juin 2004. Il a attiré son attention sur le fait que les prestations pouvaient être réduites ou refusées s'il se soustrayait aux mesures d'instruction exigibles et lui a imparti un délai au 8 juillet 2004 afin de convenir d'une date d'expertise avec le Dr C_____.
8. Selon une note d'entretien téléphonique du 29 novembre 2004 entre l'OAI et le Dr C_____, l'assuré n'avait pas recontacté ce dernier afin de fixer un nouveau rendez-vous.
9. Par décision du 29 novembre 2004, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente. Il a souligné que sa décision se fondait sur les éléments à sa disposition, l'assuré ne s'étant pas conformé à son obligation de collaborer à l'instruction.
10. Le 2 octobre 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il a joint un rapport du 28 août 2008 des Dresses D_____ et E_____ du Département de chirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), attestant d'une hospitalisation du 14 juillet au 2 août 2008 et diagnostiquant un status après myosite bactérienne de l'avant-bras droit avec abcès et nécrose étendue de la loge des muscles fléchisseurs traités par lavage et excision, et de couverture cutanée par lambeau de Mac Gregor de l'avant-bras. L'intervention chirurgicale avait été suivie d'ergothérapie afin d'améliorer l'intégration du membre supérieur droit dans les activités quotidiennes.
11. A la demande de l'OAI, l'assuré a déclaré dans son courrier du 24 octobre 2008 qu'il acceptait de se soumettre aux mesures d'instruction de son dossier.
12. Dans un rapport du 21 novembre 2008, le Dr F_____ de l'Unité de chirurgie de la main des HUG a diagnostiqué une myosite infectieuse du bras droit d'origine accidentelle dès le 15 mai 2008 avec une incidence sur la capacité de travail. L'assuré ne pouvait mobiliser ses doigts et il n'y avait pas d'évolution possible. Un transfert tendineux devait être évalué. L'incapacité de travail était totale dans le secteur du bâtiment depuis le 15 mai 2008, l'utilisation de la main droite étant impossible. Une amélioration de la capacité de travail était envisageable dans une autre activité sans port de charges de plus de 10 kg et sans travail sur des échelles ou des échafaudages.

13. Dans son rapport du 24 novembre 2008, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polytoxicomanie et de myosite bactérienne avec nécrose. L'assuré présentait actuellement une parésie et une diminution de force de la main droite. Le pronostic était défavorable bien que les futures interventions chirurgicales prévues donnent un espoir d'amélioration. La capacité de travail était nulle depuis le 30 mars 2008.
14. Dans un avis du 4 décembre 2008, le SMR a relevé que la situation n'était pas stabilisée sur le plan somatique.
15. Le 12 mars 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré que des mesures professionnelles n'étaient pour l'heure pas indiquées en raison de son état de santé.
16. A la demande de l'OAI, le Dr F_____ a précisé par courrier du 23 avril 2009 que la situation médicale de l'assurée était stabilisée. Ce dernier ne présentait actuellement pas de fonction des fléchisseurs superficiels et profonds des doigts longs au niveau de l'avant-bras droit et des longs fléchisseurs du pouce, ces atteintes étant en lien avec la myosite. Il existait des possibilités de reconstruction de la musculature mais le patient était pour l'instant satisfait de la fonction de son bras droit. Les mouvements en force de ce membre étaient impossibles pour l'heure mais l'assuré était capable d'effectuer un mouvement de pince pour des activités fines et légères.
17. Dans un rapport reçu le 18 juin 2009, le Dr G_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. La toxicomanie et le status après nécrose étendue de l'avant-bras droit avaient des effets sur la capacité de travail et le pronostic était défavorable.
18. Dans son rapport du 22 juin 2009, le Dr F_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. La myosite bactérienne et la nécrose des fléchisseurs de la main droite sans récupération de la flexion des fléchisseurs des doigts avaient une influence sur la capacité de travail. Le travail avec le membre supérieur droit était impossible. La compliance était optimale et le médecin observait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen. Il n'y avait pas de troubles psychiques hormis une dépendance prise en charge. Une reprise du travail était exclue pour l'heure mais un transfert tendineux était possible.
19. L'OAI a mandaté le Dr C_____ afin que celui-ci procède à l'expertise de l'assuré. Celle-ci s'est déroulée le 30 septembre 2009. Dans son rapport du 13 novembre suivant, l'expert a résumé le dossier médical de l'assuré et procédé à son anamnèse familiale et personnelle. Il a notamment relevé que l'assuré avait commencé à consommer du haschich à 12 ans et s'était injecté de l'héroïne dès 20 ans. Il avait été renvoyé de la FONDATION DU LEVANT en raison de sa consommation d'alcool. Il s'était par la suite établi en Grèce où il avait un petit commerce, avant de sombrer dans l'éthylisme et de rentrer à Genève. Il avait

entamé un programme de substitution par méthadone auprès de la FONDATION PHENIX en 1996. L'évolution avait été défavorable en raison de la prise simultanée de cocaïne et de benzodiazépines. Il avait également été renvoyé du FOYER Y_____ pour consommation de cannabis et avait été incarcéré en 2001 et 2004 pour trois et huit mois respectivement. De 2004 à 2006, il s'était rendu quotidiennement dans un atelier de réinsertion professionnelle. Il était depuis lors sans activité professionnelle. L'assuré déclarait avoir eu quelques variations de l'humeur mais jamais de dépression significative ou de troubles anxieux, et rien n'indiquait qu'il ait présenté des signes de décompensation psychotique. Il maîtrisait mieux sa consommation d'alcool et se déclarait abstinente. Il ne s'estimait pas en mesure de travailler. Invité à s'exprimer sur ses problèmes de santé, il s'est dit très limité en raison de son handicap au bras droit et des médicaments qui le "pétaient". Il se sentait encore un peu instable émotionnellement et estimait ne pas pouvoir gérer une activité professionnelle à plus de 50 %. Il n'avait pas de plaintes somatiques. L'expert a fait passer des épreuves psychométriques à l'assuré. Le score à l'échelle de Hamilton était de 9 à 10, ce qui correspondait à une dépression légère. Le score au questionnaire d'auto-évaluation de Beck était de 5 et n'indiquait pas de dépression. Au questionnaire SPIELBERGER d'évaluation de l'anxiété, l'assuré avait obtenu des résultats de 47 pour l'anxiété-état et de 48 pour l'anxiété-trait, soit des scores faibles à moyens. Il présentait des valeurs hors normes pour la Symptom Check-list SCL-90 R. Les tests des troubles de la personnalité V.K.P révélaient une personnalité probablement paranoïaque, antisociale, histrionique, et définitivement narcissique, obsessionnelle-compulsive et sadique, mais il était difficile de tirer des conclusions précises de ce profil. Les tests de Young démontraient la faible prise de conscience du sujet et une certaine anosognosie, le questionnaire de schémas de Young ne mettant pas en évidence de schéma dysfonctionnel statistiquement significatif. Lors de l'examen clinique, l'expert a noté que l'assuré était collaborant, courtois et souriant. Il n'était ni impulsif ni projectif et ne se montrait pas quérulent ou revendicateur. Orienté aux trois modes, il était vigile et ne présentait pas de foëtor éthylique. L'examen neurologique grossier était dans les normes, il n'y avait pas de troubles patents de la mémoire d'évocation ou de fixation et l'assuré avait une intelligence normale. Le tableau clinique ne présentait pas de symptomatologie dépressive cliniquement significative, il n'y avait ni anhédonie, ni aboulie, ni apragmatisme. Le Dr C_____ ne constatait pas de variation de l'humeur au sens d'épisodes hypomanes. Aucun trouble du sommeil, de l'appétit, de la libido n'était rapporté. L'assuré se sentait moins tendu et irritable que quelques années plus tôt. Aucun élément ne plaidait en faveur d'une anxiété généralisée ou d'un trouble panique au sens du Diagnostic and statistical manual - revision 4 (DSM-IV). L'assuré n'avait ni phobie, ni claustro-agoraphobie, ni troubles obsessionnels compulsifs. Aucun argument en faveur d'un état de stress post-traumatique n'était observé et l'assuré n'avait pas de trouble alimentaire. Le Dr C_____ n'a pas non plus relevé de signes florides de la lignée psychotique tels que délires, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. L'expert a noté que

l'assuré paraissait relativement immature et n'avait qu'une faible prise de conscience de ses difficultés, avec peu d'autocritique face à son parcours professionnel. Il attribuait à autrui l'origine de ses difficultés et de ses échecs et n'assumait pas les responsabilités. Il peinait à respecter les normes sociales et à les comprendre, semblait assez fragile, influençable et faisait preuve d'une volonté peu marquée. Il était souvent complaisant face à lui-même et paraissait vivre au jour le jour. L'identité pouvait sembler peu consistante. A l'issue de l'examen, le Dr C_____ a posé les diagnostics selon le DSM-IV de dépendance à l'héroïne, actuellement abstinente; de dépendance éthylique, actuellement abstinente; de dépendance et / ou abus de cocaïne, actuellement abstinente; et de dépendance et / ou abus d'ecstasy, actuellement abstinente; de personnalité immature à fonctionnement limite et antisocial et d'isolement socio-professionnel de longue date.

Se référant au parcours de l'assuré, l'expert a considéré que l'abstinence semblait quasiment impossible à obtenir chez l'assuré qui rechutait dans la toxicomanie à la moindre contrainte ou par pure facilité. Il paraissait pour l'heure abstinente. Il n'existait pas au dossier d'antécédents de troubles dépressifs, anxieux ou autres. Il s'agissait pour l'essentiel d'un sujet très immature, probablement avec un fonctionnement limite et antisocial tel que décrit par le Dr A_____ en 2003. On ne pouvait ici évoquer un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Les traits dysfonctionnels de sa personnalité étaient certainement majorés par sa toxicomanie et l'alcool, mais ce trouble de personnalité ne prenait pas racine sur une histoire personnelle douloureuse. De plus, les traits dysfonctionnels étaient peu manifestes lors de l'examen, qui avait eu lieu en période d'abstinence. L'assuré paraissait surtout passif, sans ambition ou motivation dans l'existence et accoutumé à sa situation. Il ne s'agissait pas d'une polytoxicomanie secondaire à une grave pathologie psychique. En l'absence de volonté, il était peu probable que l'assuré parvienne à rester abstinente durablement pour envisager la reprise du travail. Compte tenu de la polytoxicomanie et ses conséquences en termes de volition et de motivation notamment, la capacité de travail était nulle. L'assuré évoluait donc vers une forme de parasitisme social dont il lui serait difficile de sortir. L'expert n'émettait aucune recommandation de traitement, si ce n'est le maintien difficile à long terme de l'abstinence. S'agissant de l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail, l'assuré était incapable d'exercer une activité lucrative depuis 1999 en raison de l'importance de la toxicomanie. Celle-ci n'étant du point de vue de l'expert pas secondaire à une maladie psychiatrique, il y avait lieu de considérer que l'assuré serait en mesure de réaliser une activité professionnelle simple et répétitive sans grandes responsabilités s'il restait abstinente sur la durée. En d'autres termes, la capacité de travail était nulle depuis 1999 en raison de la toxicomanie, mais serait complète si l'assuré avait la volonté et la motivation de rester abstinente et de travailler. L'évolution avait été légèrement favorable dernièrement grâce à l'abstinence. Des mesures professionnelles n'étaient

pas envisageables dès lors que l'assuré n'avait aucune demande dans ce sens. L'amélioration de la capacité de travail pouvait être améliorée par l'abstinence mais l'assuré n'avait que peu de motivation et le risque de rechute était grand.

20. Dans un avis du 17 décembre 2009, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, s'est déterminé sur l'expertise et a retenu une incapacité de travail complète de l'assuré dans les dernières activités d'employé polyvalent et d'aide-peintre depuis le 13 mai 2008. Dès le 23 avril 2009, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans utilisation du membre supérieur droit pour des mouvements de force ni port de charges, à traduire en termes de métiers par un spécialiste de la réadaptation. L'incapacité de travail attribuée à la polytoxicomanie primaire et sans séquelle neuropsychologique irréversible n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité.
21. Le 15 janvier 2010, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré aux termes duquel un reclassement lui était refusé. L'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré était restreinte depuis mai 2008. Le délai de carence avait pris fin en mai 2009 et l'assuré disposait depuis le 23 avril 2009 d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Dans le cas de l'assuré, les revenus avec et sans invalidité devaient être déterminés selon les salaires statistiques en ayant recours au même revenu de référence. Le taux d'invalidité, qui se confondait donc avec l'incapacité de travail, était nul.
22. Par courrier du 25 janvier 2010, l'assuré a indiqué qu'il contestait la décision de l'OAI concernant sa demande de rente (*sic*) et qu'il prendrait contact avec un avocat.
23. Le 25 février 2010, l'assuré a complété ses objections en affirmant que le délai de carence d'un an ne signifiait pas que le droit aux prestations de l'assurance s'éteignait après une année. Il était également inexact de retenir une capacité de travail complète dans une activité adaptée, les certificats médicaux transmis attestant du contraire. L'assuré a joint à cet égard le certificat établi le 24 février 2010 par le Dr G_____, attestant d'une incapacité quasi-totale de l'assuré d'utiliser sa main droite en raison de la destruction des tendons du bras droit.
24. Par décision du 2 mars 2010, l'OAI a confirmé la teneur de son projet en soulignant que le certificat du Dr G_____ ne mentionnait aucune nouvelle atteinte qui n'aurait pas été prise en compte lors de l'instruction de la demande de l'assuré.
25. Par écriture du 30 mars 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent. Il a joint un rapport du 29 septembre 2008 des Drs H_____ et I_____ du Département de médecine interne des HUG où il avait été hospitalisé du 19 au 23 septembre 2008, diagnostiquant une tachycardie ventriculaire et torsade de pointe sur QT long acquis dans le contexte d'une

intoxication à la méthadone et signalant les comorbidités suivantes: polytoxicomanie à la cocaïne par intraveineuse, méthadone, héroïne, cannabis et benzodiazépines, status après myosite bactérienne de l'avant-bras droit avec abcès et nécrose étendue en mai 2008, couverture cutanée par lambeau de l'avant-bras en mai 2008, hépatite C avec virémie indétectable en 2006, tabagisme chronique, bradycardie avec bigéminisme sur prise de méthadone, cocaïne et cannabis en 2002.

26. Dans un avis du 5 mai 2010, le Dr J_____ a considéré que les informations médicales fournies ne remettaient pas en cause ses conclusions dès lors que ni les épisodes de trouble du rythme cardiaque survenus dans un contexte d'intoxication ni les comorbidités ne constituaient des atteintes à la santé durablement incapacitantes.
27. Par arrêt du 30 novembre 2010 (ATAS/1146/2010), le Tribunal a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin que celui-ci précise quel type d'emploi serait adapté. Il a retenu en substance que le droit à des mesures de reclassement n'était ouvert que si le degré d'invalidité était de 20 %. Cela étant, l'examen d'éventuelles mesures d'ordre professionnel n'avait pas été mis en œuvre alors que le Dr J_____ avait souligné qu'un spécialiste de la réadaptation devrait définir les emplois adaptés. Le Tribunal a également attiré l'attention de l'assuré sur l'effort d'abstinence à fournir afin d'assurer le succès de toute mesure de réadaptation.
28. L'OAI a convoqué l'assuré à un entretien le 28 février 2011, lors duquel l'assuré s'est montré motivé à une mesure d'orientation en vue d'un placement. Une mesure d'orientation a été convenue du 13 juin au 11 septembre 2011 à plein temps, avec pour objectifs de déterminer les réelles motivations de réinsertion professionnelle, l'évaluation des activités professionnelles envisageables, des mises en situation en entreprise et l'établissement d'un dossier de candidature.
29. Par sommation du 16 juin 2011, l'OAI a relevé que l'assuré avait dès le premier jour de la mesure débutée auprès des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI) déclaré ne pouvoir suivre la mesure à plein temps et ne s'était pas présenté l'après-midi, ni le lendemain. L'OAI et les EPI avaient tenté de le contacter à plusieurs reprises, sans succès. Compte tenu de la capacité de travail complète retenue dans une activité adaptée par le SMR, le stage d'orientation devait être suivi à plein temps. L'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur les conséquences possibles d'un défaut de collaboration.
30. Les EPI ont informé l'OAI par courrier électronique du 23 juin 2011 que l'assuré ne s'était toujours pas présenté et n'avait pas donné de ses nouvelles. Ils proposaient que la mesure soit arrêtée au terme d'une période d'attente de 30 jours depuis son dernier jour de présence, soit le 14 juin 2011.

31. Dans une note de synthèse du 30 juin 2011, les EPI ont relevé que l'assuré ne s'était présenté que le premier jour pour les formalités d'entrée. Il n'était pas revenu l'après-midi, affirmant avoir reçu l'autorisation de l'OAI de ne travailler qu'à mi-temps en raison de la médication qu'il devait prendre l'après-midi qu'il ne pouvait amener et prendre sur place. La mesure n'avait ainsi pas pu se dérouler normalement et les EPI et l'OAI étaient convenus de l'interrompre prématurément.
32. Par projet de décision du 1^{er} juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser des mesures professionnelles. Il s'est référé à la sommation notifiée et a relevé que l'assuré ne lui avait pas donné de nouvelles, pas plus qu'aux EPI. Compte tenu de son manque de collaboration, la mesure d'orientation professionnelle était interrompue.
33. Par courrier du 7 juillet 2011, l'assuré a signalé à l'OAI qu'il lui était impossible pour le moment de suivre le stage en raison de sa santé physique et psychique. Il a demandé à l'OAI de prendre contact avec le Dr G_____ pour toute information nécessaire.
34. Par décision du 12 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 1^{er} juillet 2011 en ajoutant que les remarques de l'assuré n'apportaient aucun élément nouveau permettant de s'écarter du projet de décision.
35. Le 12 octobre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la Cour de céans. Il affirme être en attente d'un nouvel examen psychiatrique et physique afin de prouver sa bonne foi.
36. Dans sa réponse du 24 octobre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours en reprenant la motivation de sa décision et en soulignant que l'assuré n'amène aucun élément permettant une appréciation différente du cas.
37. Dans son écriture du 11 novembre 2011, le recourant déclare "envoyer une copie de ses problèmes de santé" et allègue que le médecin de l'assurance qu'il a vu à Lausanne lui a dit qu'il aurait droit "au minimum à 50 % et [que] pour un examen psychiatrique fallait minimum 3 mois". Il joint à son envoi une copie du rapport des HUG du 28 août 2008.
38. Par écriture spontanée du 25 novembre 2011, le recourant a signalé à la Cour de céans qu'il avait beaucoup de difficultés à faire des activités quelconques à la suite de son opération au bras droit. Le traitement à la morphine l'empêche de se concentrer et il se bat contre la polytoxicomanie, ses problèmes physiques et psychiques. Il indique rester à disposition pour un examen approfondi.
39. La Cour de céans a entendu les parties lors de l'audience du 25 janvier 2012.

Le recourant a déclaré qu'il n'avait pu suivre le stage aux EPI pour des raisons de santé. Il prend de la morphine et ne peut rien faire avec la main droite. Il n'avait pas recouru contre la décision de l'intimé de 2004 car il se trouvait alors en prison. Il s'est dit prêt à se soumettre à un examen psychiatrique en soutenant que son état s'aggrave de jour en jour. Il affirme qu'il transmet chaque mois un certificat médical à l'Hospice général et qu'il en a fourni un lors de l'arrêt du stage aux EPI, avant de préciser sur question qu'il l'a communiqué à la suite de la sommation. Il avait voulu faire le stage mais n'avait pu tenir le coup. Il déclare ne plus consommer de drogues depuis son accident. Il n'est pas suivi par un psychiatre, mais prend de la morphine et du Rivotril tous les jours.

40. Par courrier du 31 janvier 2012, la Cour de céans a prié le Dr G_____ de lui communiquer le certificat médical établi pour le recourant lors de l'arrêt du stage aux EPI et d'indiquer pour quel motif celui-ci n'a pas été en mesure de suivre le stage d'orientation professionnelle. Le médecin a également été invité à décrire l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant depuis mai 2008.
41. Le Dr G_____ a répondu par courrier du 10 février 2012 en indiquant que le recourant est en arrêt de travail complet depuis le 30 mars 2007. Le stage n'a pu être suivi en raison des troubles psychiatriques liés à la toxicomanie. L'état de santé est stationnaire depuis 2008. Le médecin a ajouté qu'il est tout à fait illusoire de croire qu'un homme de 42 ans sans formation, avec une main droite inutilisable et des troubles psychiques liés à sa toxicomanie le rendant peu fiable et instable, puisse trouver un emploi. Le Dr G_____ a joint copie des certificats délivrés les 17 juin, 21 juillet et 23 août 2011, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 30 mars 2007.
42. Le recourant s'est déterminé sur les explications de son médecin par courrier du 20 février 2012, affirmant que ce dernier décrit exactement son état de santé, qui ne lui permet pas de travailler.
43. Dans son avis du 20 février 2012, le Dr K_____, médecin au SMR, a noté que le Dr G_____ considère que l'état de santé du recourant est stationnaire depuis 2008. Or, le SMR a retenu dans un avis précédent que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée à cette date. Les conclusions du 17 décembre 2009 sont dès lors maintenues à défaut d'aggravation de l'état de santé.
44. Dans ses observations du 21 février 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions en se référant à l'avis du SMR.
45. Le 28 février 2012, la Cour de céans a transmis une copie de cette écriture au recourant.
46. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 dès le 1^{er} 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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a mis un terme aux mesures d'ordre professionnel accordées au recourant. Le droit à la rente, sur lequel l'intimé n'a pas statué dans la décision querellée, ne fait en revanche pas partie de l'objet du litige.
5. 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. 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).

Aux termes de l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Conformément à l'art. 7 al. 2 let. c et d LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il

s'agit en particulier de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b LAI) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal.

Le droit à une mesure de réadaptation suppose 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 (ATFA non publié I 268/03 du 4 mai 2004, consid. 2.2). 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 selon toute vraisemblance vouées à l'échec (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.1).

6. Selon l'art. 21 al. 4 LPGa, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Dans un tel cas, une mise en demeure écrite avertissant l'assuré des conséquences juridiques de son refus de collaborer lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le but de cette sommation est de rendre l'assuré attentif aux conséquences possibles de son refus de se soumettre aux mesures de réadaptation, et de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause (ATF non publié I 605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2.2 et 2.3). Conformément à la jurisprudence, une mise en demeure est obligatoire quand bien même l'assuré a clairement manifesté qu'il n'entendait pas se soumettre à une mesure de réadaptation qu'on peut raisonnablement exiger de lui (ATF 122 V 218 consid. 4b). Enfin, selon la doctrine, la sanction prévue à l'art. 21 al. 4 LPGa présuppose en règle générale un comportement intentionnel de l'assuré (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 86 ad art. 21).
7. En l'espèce, le recourant s'est déclaré motivé à suivre une mesure d'orientation lors de l'entretien qu'il a eu le 28 février 2011 avec l'intimé. Il n'a en particulier pas évoqué d'obstacles médicaux à poursuivre dite mesure à plein temps. Il n'a pas non plus exposé que le Dr G _____ attestait à cette époque d'une incapacité de travail totale.

Il a par la suite lui-même mis un terme à la mesure sans aucune justification. Ses déclarations aux EPI, selon lesquelles il était convenu avec l'intimé qu'il ne suive la mesure qu'à mi-temps, sont démenties par les pièces du dossier. Par surabondance, même s'il était avéré que la prise d'un traitement médicamenteux ne lui permettait d'être présent qu'à mi-temps – ce qui n'est pas établi en l'absence de toute

attestation médicale dans ce sens – cela n'expliquerait pas pourquoi il n'est pas retourné aux EPI le lendemain. On note enfin que contrairement à ses déclarations sur ce point, au demeurant contradictoires, le recourant n'a pas communiqué de certificat médical aux EPI ou à l'intimé lorsqu'il a interrompu son stage.

Compte tenu du comportement du recourant, qui n'a donné aucune explication plausible sur son absence aux EPI ou à l'intimé bien que ces derniers aient à plusieurs reprises tenté de le contacter, on doit admettre que la décision de l'intimé de mettre un terme à la mesure mise en place est conforme au droit, sans qu'il soit besoin à ce stade d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr C_____. Il convient encore d'inviter l'intimé à rendre une décision formelle sur le droit à la rente du recourant.

8. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

La procédure en matière d'assurance-invalidité portant sur l'octroi ou le refus de prestations n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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