

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3419/2010

ATAS/1072/2012

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Du 29 août 2012**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à Châtelaine, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et  
Christine BULLIARD, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1977, quitte le Cycle d'orientation après avoir redoublé la 9<sup>ème</sup> année et sans être promu. Il effectue ensuite un apprentissage de monteur-électricien chez X\_\_\_\_\_ SA durant trois ans et redouble la troisième année chez Y\_\_\_\_\_. Puis, il interrompt son apprentissage. En 1998 et 1999, il exerce des missions temporaires et, en 1999 et 2000, un stage professionnel de réinsertion (mesures de l'Office cantonal de l'emploi - OCE) comme monteur-électricien à l'aéroport de Genève.
2. Le 22 février 2000, le médecin responsable et un psychologue-clinicien de la Fondation Phénix demandent à la Villa Les Crêts d'admettre l'assuré en entrée volontaire pour un sevrage de cocaïne. Ils indiquent que, depuis environ un mois, la consommation grandissante de cocaïne de l'assuré interfère gravement avec la poursuite de son apprentissage d'électricien. Cette consommation est devenue quotidienne et difficilement gérable, entraînant d'importants troubles de l'humeur, déjà fragile par ailleurs, et des troubles du sommeil qui ont occasionné un absentéisme au travail et d'importantes aboulies et pertes de l'initiative. L'assuré est sous traitement de méthadone, d'Efexor 150 mg/j., Stillnox ou Dormicom.
3. Le 23 février 2000, l'assuré est admis à la Villa Les Crêts au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans le résumé de séjour du 8 mars 2000, les médecins de cet établissement posent les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, avec un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, de sédatifs ou hypnotiques et de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé, d'épisode dépressif moyen et de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Dans l'anamnèse est mentionné que l'assuré est membre d'une fratrie de deux, connu pour un syndrome de dépendance aux opiacés. Depuis un an, il vit seul en appartement et bénéficie des prestations du chômage. En 1997, il quitte le domicile familial pour vivre avec son amie. Depuis plusieurs mois, suite à une rupture sentimentale, il augmente la consommation d'héroïne et de cocaïne. Depuis trois mois, une inappétence apparaît avec une perte pondérale de 3,5 kilos et des troubles de l'endormissement. Il évoque une apathie, une asthénie, une aboulie et une anhédonie. Il essaie d'entreprendre des démarches pour une réinsertion professionnelle depuis plusieurs mois et tente deux sevrages de cocaïne sans succès. Il a arrêté la consommation de haschich depuis six mois et réduit nettement celle des benzodiazépines pendant les dernières semaines; il ne prend plus que le traitement de Dormicom. A l'admission, sa consommation est estimée à 2g de cocaïne par jour. Le status d'entrée le décrit comme suit: patient calme, larmoyant, sans signe d'intoxication, absence de troubles de la vigilance, bien orienté dans le

temps et dans l'espace, thymie dépressive avec importants sentiments de culpabilité, de dévalorisation, un manque de confiance et des difficultés à se projeter dans l'avenir et à essayer des frustrations. Il n'y a pas d'idées suicidaires. Le 27 février 2000, l'assuré quitte précipitamment La Villa Les Crêts.

4. En 2003 est réalisé un bilan CURSUS. Le rapport y relatif comporte le résumé d'un entretien téléphonique du 10 octobre 2003 entre un assistant social et le maître de réadaptation à ARVA. Il en résulte que l'assuré a été examiné par le Dr A\_\_\_\_\_ et que celui-ci estime qu'il y a encore des consommations de cocaïne (rechute) au minimum une fois par semaine. ARVA demande un entretien à trois, avec l'assuré, afin d'éclaircir ce point pour spécifier les conditions de base d'une entrée future en stage (être stabilisé dans la consommation de drogue depuis six mois). Un rendez-vous est fixé au 24 octobre 2003. Selon l'assistant social, il y a eu tout un temps de préparation pour le projet ARVA, afin que l'assuré prenne le stage de manière positive.
5. En juillet 2009, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'une rente.
6. Selon le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 10 mars 2010, l'assuré présente les atteintes suivantes: dépendance aux opiacés depuis 1991, actuellement substitués par de la méthadone, toxico-actif à la cocaïne, intraveineuse, dépression de gravité moyenne et lombalgies chroniques. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il mentionne une hépatite C et une dépendance aux benzodiazépines depuis 1991. L'assuré est en traitement chez le Dr B\_\_\_\_\_ depuis juillet 2003. Il manque d'intérêts, présente une fatigue, une tristesse, une perte de confiance, des troubles du sommeil et de l'appétit. Le traitement consiste en méthadone, Dalmadorm et antidépresseurs. Sa capacité de travail est nulle depuis le 31 janvier 2006.
7. Par courrier du 21 avril 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ informe l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), que son patient est le cadet d'une fratrie de trois garçons, qu'il a fait un apprentissage d'électricien, interrompu après trois ans, puis des missions temporaires et a travaillé chez Réalise. Depuis 2000, il est soutenu par l'Hospice général. En plus de sa dépendance aux opiacés, à la cocaïne et aux benzodiazépines, il souffre d'une dépression traitée. Il est actuellement à la recherche d'un psychiatre pour poursuivre et approfondir son traitement pour ses troubles psychiques.
8. Dans son avis médical du 6 mai 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR) indique que les éléments psychiatriques et sociaux en possession du SMR parlent en faveur d'une toxicomanie primaire accompagnée d'une symptomatologie dépressive. Elle observe que le trouble de la personnalité de type borderline n'a pas empêché une scolarité normale jusqu'à quinze ans. Aussi, la

toxicomanie primaire ne peut pas être prise en charge par l'assurance-invalidité, les troubles psychiatriques diagnostiqués ne constituant pas une pathologie incapacitante.

9. Le 8 juin 2010, l'OAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
10. Par décision du 19 août 2010, l'OAI confirme ce projet de décision.
11. Le 3 septembre 2010, l'OAI communique au conseil de l'assuré une nouvelle décision qui annule et remplace la précédente. Dans la motivation, il est indiqué que l'incapacité de gain de l'assuré est due avant tout à une toxico-dépendance et qu'il ne s'agit pas d'une invalidité au sens de la loi.
12. Le 7 octobre 2010, l'assuré interjette recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Préalablement, il conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il fait essentiellement valoir être affecté de troubles psychiques, indépendants de la toxicomanie, qui le rendent incapable de travailler.
13. Dans son avis médical du 19 octobre 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ du SMR constate que l'assuré n'a jamais présenté de maladie psychiatrique incapacitante et préexistante à la toxicomanie. Pour preuve d'un trouble de la personnalité non décompensé, elle tient le résumé du séjour du recourant, en milieu hospitalier pour sevrage de cocaïne, avec la description d'une évolution favorable et d'un assuré qui maîtrise ses comportements impulsifs. Par ailleurs, elle expose que la prise de toxiques entraîne des symptômes dépressifs qui peuvent atteindre le diagnostic de troubles dépressifs majeurs d'intensité variable, mais qui disparaissent à l'arrêt de la prise de toxiques. Le médecin traitant évoque aussi en premier lieu une toxicomanie et indique qu'il n'y a aucun suivi psychiatrique régulier.
14. Dans sa détermination du 22 octobre 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que la dépendance n'est prise en compte par l'assurance-invalidité que si celle-ci est la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé elle-même invalidante. Il ne suffit pas de constater que l'assuré présente des troubles psychiques, même graves. Ceux-ci doivent être de nature à provoquer une diminution permanente ou de longue durée de sa capacité de gain. En outre, la seule référence à la personnalité borderline ne permet pas de conclure à l'existence d'une telle maladie. La comorbidité psychiatrique à une dépendance doit être présente à un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier une diminution de la capacité de travail, ou être de nature à entraîner l'émergence d'une dépendance ou contribuer, dans des proportions considérables, à cette dépendance. En outre, les signes et symptômes psychiatriques sont généralement induits par la dépendance et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui

suivent le sevrage. Par conséquent, ils ne peuvent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. Dans le cas de l'assuré, le trouble de la personnalité ne l'a pas empêché d'accomplir un début de scolarité sans difficultés particulières. L'échec de sa formation n'est, dès lors, pas lié à une maladie au sens de l'assurance-invalidité, mais plutôt à une dépendance. Le trouble de la personnalité n'a pas non plus présenté une gravité et une acuité suffisantes pour être considéré comme atteinte ayant valeur de maladie. Quant à la symptomatologie dépressive, elle accompagne la dépendance et devrait s'amender avec l'arrêt de toute consommation de produits toxiques. Enfin, l'intimé souligne que l'assuré n'a aucun suivi psychiatrique régulier. Il estime que si l'assuré n'était pas toxicomane, sa capacité de gains serait entière.

15. Le 24 novembre 2010, le Tribunal entend le recourant. Celui-ci déclare ce qui suit :

« Je suis toujours dépendant de la cocaïne. J'en consomme à peu près deux fois par semaine.

Lorsque j'ai commencé à consommer des drogues, je pense que, inconsciemment, les fréquentes disputes entre mes parents me pesaient. Toutefois, j'avais des bonnes relations avec eux. Je suivais plus ou moins bien à l'école et j'ai pu commencer un apprentissage d'électricien que je n'ai toutefois pas terminé en raison de la toxicomanie. Les problèmes de dépendance ont aussi perturbé ma relation avec mon amie de l'époque, ainsi qu'avec la famille. En fait, il est difficile d'expliquer avec des mots pourquoi j'ai commencé à me droguer. Peut-être, que je n'avais pas la force de faire face aux exigences quotidiennes sans me réfugier dans la drogue. Je n'avais pas de suivi psychologique à l'époque.

J'ai été suivi à la Rue Verte. Puis, on m'a obligé d'avoir un suivi psychologique à la Fondation Phénix où je suis resté environ quatre ans. En 2000, j'ai été hospitalisé à la Villa les Crêts en vue d'un sevrage. Je suis parti avant la fin de cette cure, mais tout au plus un jour avant. En effet, cette cure ne devait pas durer plus d'une semaine. On ne propose pas de sevrage à long terme pour la cocaïne. J'ignore pour quelles raisons. Par la suite, les médecins ne m'ont pas proposé d'autres cures de sevrage. J'admets, par ailleurs, que j'ai de la peine à m'y décider, dès lors qu'il est difficile pour moi de me trouver enfermé avec d'autres personnes dans la même situation. Je trouvais pénible aussi, dans la Villa les Crêts, que les patients sevrés de la méthadone parlaient sans arrêt de la drogue et ne pensaient qu'à la sortie pour récidiver. Déjà à la Villa les Crêts, j'étais sous méthadone. Je le suis toujours (200 mg. par jour). Je ne connais personne qui arrive à travailler en étant sous traitement de méthadone, à un dosage aussi élevé. Avant mon hospitalisation à la Villa les Crêts, j'avais essayé d'arrêter la méthadone par mes propres forces. Cela m'a plongé dans une dépression, alors que je n'avais pas connu des états dépressifs précédemment. La méthadone provoque des effets

secondaires, à savoir une fatigue, une diminution de la sensibilité émotionnelle et de l'énergie. Je prends aussi régulièrement des antidépresseurs et des somnifères. Quant à l'effet de la cocaïne, il est euphorique à court terme.

Pendant quatre ou cinq mois, j'ai été suivi par le Dr E\_\_\_\_\_ au Centre de distribution de la méthadone à la Place de la Navigation. Malheureusement, ce médecin a arrêté de travailler dans ce Centre. J'avais un très bon contact avec lui. Maintenant, je suis suivi par la Dresse F\_\_\_\_\_ à la Permanence du Lignon; elle est psychologue ou psychiatre. Elle me suit depuis peu de temps, quelques mois, à raison d'une séance par semaine. Je précise, à cet égard, qu'il est difficile de trouver des psychiatres ou psychologues disposés à traiter les toxicomanes.

Je ne saurais dire si je pourrais travailler si j'étais abstinent de toute drogue. Par ailleurs, je n'ai aucune idée de ce que je pourrais faire pour devenir abstinent et quelle cure serait la plus adéquate. Je suis assez pessimiste, vu mes échecs précédents, quant à la possibilité de devenir abstinent, même si j'ai profondément la volonté de m'en sortir.

Chez ARVA, j'ai mis des publicités sous enveloppe, alors qu'il y a aussi depuis novembre 2010 un atelier de couture et un d'informatique. Si on ne m'a pas proposé un stage par la suite, je suppose que c'est parce que je n'ai pas réussi à me passer de drogues. Cependant, je ne me rappelle plus très bien.

Ce qui m'empêche le plus de travailler, c'est la fatigue et le manque d'entrain. J'ai de la peine à me lever le matin et de me rendre à un travail ou à un rendez-vous. Ma vie est très pauvre. Je regarde essentiellement la télévision et dors. Je sors uniquement pour les courses et des démarches administratives. Je n'ai plus de copine depuis dix ans et il ne me reste que peu d'amis. Je vois mes parents une fois par semaine et ils me sont d'un grand réconfort. »

16. Le 14 avril 2011, Madame T\_\_\_\_\_, psychologue, répond aux questions posées par la Cour de céans. Elle indique qu'elle a vu le recourant en mai 2010 à deux reprises et que celui-ci vient régulièrement à sa consultation depuis novembre 2010, en moyenne une à deux fois par semaine. Le traitement de méthadone à forte dose a un effet important sur l'humeur et les affectes. Néanmoins, elle pense que le recourant souffre de dépressions depuis de nombreuses années, ce qui l'a amené à la consommation de stupéfiants. Il s'agit d'un trouble dépressif induit par un environnement familial instable marqué par des relations très conflictuelles avec les parents et aggravé par une rupture amoureuse à l'entrée de la vie adulte. Quant au

pronostic, il dépendra de la prise en charge et de l'encadrement institutionnel qui pourrait se mettre en place pour aider et soutenir le recourant.

17. Par écritures du 29 avril 2011, le recourant fait valoir que l'ensemble de ses psychiatres ou médecins traitants ont unanimement posé le diagnostic de troubles mentaux et du comportement, tout en soulignant l'existence d'un état dépressif. Selon Madame T\_\_\_\_\_, c'est ce dernier trouble qui l'a amené à la consommation de stupéfiants. L'incapacité de travail et de gain actuelle trouve donc sa cause dans une atteinte à la santé mentale. Il persiste ainsi dans ses conclusions.
18. Dans un avis médical du 9 mai 2011, le Dr N. C\_\_\_\_\_ du SMR fait observer que Mme T\_\_\_\_\_ ne peut se prononcer de manière certaine. L'hypothèse avancée d'un état dépressif antérieur, préexistant à la toxicodépendance, ne peut ainsi être confirmée par un élément objectif.
19. Se prévalant de cet avis médical, l'intimé maintient ses conclusions, par écriture du 11 mai 2011.
20. Convoqué à une audience de comparution personnelle des parties en date du 22 juin 2011, le recourant fait défaut, sans s'en excuser. Son mandataire explique qu'il n'a plus revu son mandant depuis avril 2011 et qu'il va l'interpeller concernant ses démarches en vue d'une cure de désintoxication. Quant à l'intimé, il s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
21. Par ordonnance du 28 novembre 2011, la Cour de céans met en œuvre une expertise psychiatrique et la confie à la Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre. Suite à la récusation de celle-ci, la Cour de céans commet le Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre, par ordonnance du 17 janvier 2012.
22. Dans son rapport du 31 mai 2012, l'expert pose les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, dépendance aux opiacées, abstinence au traitement de substitution, dépendance à la cocaïne et d'épisode dépressif, en rémission partielle sous traitement. Selon l'expert, le trouble de la personnalité émotionnellement labile est présent depuis l'adolescence avec des troubles du comportement déjà dans l'enfance. Il relève que l'expertisé affiche un comportement conflictuel avec l'autorité, une difficulté à gérer ses pulsions impliquant des passages à l'acte à répétition, des investissements affectifs intenses et de courte durée, une prise de risque à plusieurs niveaux y compris par la consommation de substances et des modes d'administration dangereux. Sur le plan familial, il n'a pas bénéficié d'un cadre cohérent et a dérivé sur le plan social et affectif dès l'âge de 15 ans. Son Moi est toujours faible avec un manque de confiance et d'estime de soi, des sentiments d'insuffisance, de honte et de culpabilité, une perte d'énergie vitale et de motivation. Sur la base de l'anamnèse, l'expert a l'impression que le recourant a toujours présenté un trouble du sentiment d'identité. A l'examen, il donne l'impression d'une personne qui a prématurément

vieilli, faible et incapable de se mobiliser de manière conséquente. L'évaluation neuropsychologique met en évidence des déficits cognitifs légers et des troubles allant dans le sens d'une atteinte cérébrale cortico-sous-corticale organique, en rapport avec la longue consommation de produits neurotoxiques, au degré de la vraisemblance prépondérante. Le médecin traitant, la psychologue, le neuropsychologue et l'expert sont de l'avis qu'il ne dispose plus des ressources pour être réinséré professionnellement. En raison de son trouble de la personnalité, stabilisé depuis plusieurs années, le recourant reste très désorganisé, manquant d'énergie vitale, incapable de conserver une conviction ou une motivation suffisamment longtemps pour des projets constructifs à long terme. Selon l'expert, la faiblesse de la constitution psychique du recourant, le trouble de la personnalité, la consommation au long cours de produits psychotropes avec une haute toxicité pour le cerveau et l'état dépressif forment un tout impossible à départager sur le plan chronologique ou sur le plan de relation cause-effet. Toutefois, le trouble de la personnalité borderline était antérieur à la consommation abusive de substances toxiques. Celle-ci constitue un comportement classique des personnalités borderline. A cela s'ajoute un trouble dépressif qui se superpose en partie aux caractéristiques de la personnalité émotionnellement labile. Le trouble dépressif n'a pas de lien direct avec la consommation abusive de substances toxiques, mais est en rapport avec la situation d'échec du recourant et son incapacité à modifier la situation. Quant à savoir si, sans toxicomanie, les autres atteintes psychiatriques empêcheraient le recourant de travailler, l'expert ne peut pas se prononcer, toutes les hypothèses étant possibles. Il relève que les personnalités borderline changent souvent d'employeur et que leur parcours professionnel est généralement chaotique jusqu'à ce qu'elles n'arrivent plus du tout à mobiliser l'énergie nécessaire pour affronter un nouveau contexte professionnel, souvent dans la deuxième moitié de la vie active, ce qui n'est cependant pas le cas du recourant. Il est par ailleurs difficile d'évaluer l'impact de l'état dépressif qui a une influence négative sur la capacité de travail, mais qui est également généré par la situation socio-professionnelle et affective insatisfaisante. Il ne peut ainsi être affirmé que les atteintes psychiatriques, à l'exclusion des dépendances aux substances toxiques, empêcheraient obligatoirement le recourant de travailler. L'expert constate toutefois une transformation du fonctionnement de personnalité et l'épuisement de l'énergie vitale avec un émoussement affectif global correspondant à des séquelles psychiatriques irréversibles, en partie consécutives à la polytoxicomanie. A son avis, il est irréaliste, sous l'angle psychiatrique, d'exiger du recourant un sevrage du traitement substitutif ou un sevrage des benzodiazépines. Le traitement en cours a permis une stabilisation psychique, probablement proche de ce qui peut être obtenu de mieux dans cette situation. Selon l'expert, « Toute tentative non intégrée de conduire [le recourant] vers une diminution de sa consommation de substances toxiques entraînerait inévitablement une décompensation psychique et une perte de l'équilibre actuellement atteinte ». De surcroît, il y a des séquelles irréversibles, consécutives à la polytoxicomanie.

23. A cette expertise est annexée l'évaluation neuropsychologique du 22 mai 2012 de Monsieur U\_\_\_\_\_, psychologue et spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie. Celui-ci constate que la capacité de travailler de manière autonome et indépendante de toute aide du recourant est altérée par des difficultés d'organisation. Le rendement est abaissé de 30 à 40 % par des difficultés attentionnelles et mnésiques, de sorte que l'activité de monteur-électricien est fortement déconseillée pour des raisons de sécurité. Dans une activité simple, ne nécessitant pas la mémoire visuelle, n'exigeant pas des apprentissages du niveau d'effcience d'un CFC de monteur-électricien, la capacité de travail est de l'ordre de 50 % à 60 %. Néanmoins, selon le neuropsychologue, les difficultés psychiques cumulées aux limitations cognitives rendent une activité dans l'économie primaire probablement impossible.
24. Le 25 juin 2012, le Dr N. C\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Il admet qu'il ressort de celle-ci que le recourant présente des lésions cérébrales entraînant des difficultés cognitives, consécutives le plus probablement à sa consommation de toxiques. Il estime toutefois que la capacité résiduelle de travail n'est pas clairement définie et mériterait d'être examinée de manière plus approfondie par un stage en situation professionnelle simple, sollicitant principalement la mémoire visuelle, avec des niveaux d'apprentissage du niveau d'effcience d'un CFC. Cela présuppose l'arrêt de consommation de toxiques telle que la cocaïne. Le médecin du SMR ne peut suivre l'expert, en ce qu'il indique qu'une diminution de la consommation de toxiques déstabiliserait l'état psychique actuel. Il conteste également que le trouble de la personnalité de type borderline ait prédisposé le recourant à une consommation de toxiques, ce trouble n'ayant jamais été d'intensité sévère ni n'a perturbé la scolarité ni motivé une prise en charge psychologique avant la consommation de toxiques. Il n'y a pas non plus de maltraitance ou de traumatisme psychologique sévère durant l'enfance du recourant. Celui-ci a toujours affirmé avoir renoncé à se présenter aux examens de CFC en raison de sa toxicomanie.
25. Par écritures du 2 juillet 2012, l'intimé conclut à un complément d'expertise, sur la base de l'avis du SMR. L'intimé réserve ainsi ses conclusions sur le fond.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

---

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Le recours a été déposé dans le délai de 30 jours à compter de sa réception en date du 10 septembre 2010 par le mandataire du recourant, selon le timbre de réception à l'Etude de celui-ci. Cela étant, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité au sens de la loi lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité.
4. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.  
  
b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, 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.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1<sup>er</sup> 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, 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, 105 V 207 consid. 2).

6. A 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que 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 9C\_395/2007, consid. 2.2).

Le Tribunal fédéral a aussi exposé qu'en matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique est délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive de substances affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage. Dès lors, ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. L'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.3 et réf. y citées).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison

---

d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). 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 de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.4).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

c) 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 surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

d) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, ainsi que d'une évaluation neuropsychologique. Selon l'expert, le recourant souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, d'une dépendance aux opiacés, abstinent sous traitement de substitution, d'une dépendance à la cocaïne et d'un épisode dépressif, en rémission partielle sous traitement.

Il retient que « indubitablement » le trouble de la personnalité a existé avant la consommation abusive de substances toxiques et que c'est ce trouble qui a beaucoup contribué à désorganiser le parcours de vie du recourant. A cet égard, la consommation de produits toxiques est un comportement classique des personnalités borderline, selon l'expert judiciaire. Il estime certain que c'est le trouble de la personnalité qui a fait émerger une tendance à la consommation de produits toxiques. Dans le cadre de la question concernant les atteintes

psychiatriques indépendantes de ceux ayant trait à la toxicomanie, l'expert a également retenu un trouble dépressif qui se superpose en partie aux caractéristiques de la personnalité émotionnellement labile. Selon l'expert, ce trouble n'est pas en rapport avec la consommation abusive de substances toxiques, mais avec la situation d'échec et avec l'incapacité du recourant à changer la situation. Enfin, l'expert retient des déficits des fonctions cognitives. Néanmoins, il admet que le trouble de la personnalité n'a pas induit de manière directe ou obligatoire la toxicomanie du recourant. Par ailleurs, sans toxicomanie, il ne peut être affirmé que les autres atteintes psychiatriques auraient obligatoirement empêché le recourant de travailler. Cela est seulement possible. Toutefois, les facultés cognitives ne peuvent pas être améliorées et leur diminution est probablement liée à des lésions organiques, après 20 ans de dépendance aux substances toxiques. En tout état de cause, l'expert juge irréaliste, sous l'angle psychiatrique, d'exiger du recourant le sevrage du traitement substitutif ou un sevrage des benzodiazépines. En cas de tentative non intégrée tendant à une diminution de la consommation de substances toxiques, une décompensation psychique et une perte de l'équilibre actuellement atteint est inévitablement à craindre. Avec le médecin traitant, la psychothérapeute et le neuropsychologue, il est de l'avis que le recourant ne dispose plus des ressources pour être réinséré professionnellement.

Cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a en effet été établie en connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes du recourant, et repose sur un examen approfondi.

Ses conclusions sont toutefois contestées en partie par l'intimé, sur la base de l'avis médical du 25 juin 2012 du Dr C\_\_\_\_\_. L'intimé requiert ainsi que l'expert explique pourquoi le trouble de la personnalité borderline ait prédisposé à une consommation de toxiques, alors que ce trouble n'avait jamais été d'intensité sévère, ni perturbé la scolarité ni motivé une prise en charge psychologique du recourant avant sa consommation de toxiques, et que le recourant n'a pas subi de maltraitance ou de traumatisme psychologique sévère durant l'enfance. Toutefois, la Cour de céans estime que l'expert judiciaire a répondu à cette question, en expliquant que la consommation de produits toxiques est un comportement classique des personnalités borderline. Par ailleurs, en l'occurrence, le recourant a commencé à consommer du cannabis à 14 ans et des drogues dures depuis l'âge de 17 ans. Le début de la toxicomanie coïncide donc avec l'âge auquel le trouble de la personnalité borderline commence à se manifester, soit au début de l'âge adulte (cf. DSM IV p. 767). Les manifestations de ce trouble de la personnalité se confondent donc en l'espèce avec les effets de la toxicomanie. Partant, l'observation du Dr C\_\_\_\_\_ ne paraît pas propre à mettre en cause la conclusion sur ce point de l'expertise.

L'intimé requiert en outre que l'expert judiciaire se prononce sur la question de savoir si un sevrage de l'une ou de plusieurs des substances toxiques consommées est exigible. Cependant, l'expert s'est prononcé clairement sur cette question à la page 16 de son expertise, en réponse à la 6<sup>ème</sup> question. Il a exposé qu'il n'était pas réaliste d'exiger du recourant un sevrage du traitement substitutif ni un sevrage des benzodiazépines. Grace au traitement en cours, la stabilisation psychique obtenue était probablement la meilleure possible. Une tentative non intégrée vers une diminution de la consommation de substances toxiques entraînerait inévitablement une décompensation psychique et une perte de l'équilibre actuellement atteint. Il convient donc de retenir que, selon l'expert judiciaire, un sevrage des substances toxiques n'est actuellement pas exigible, en raison de la présence des autres atteintes psychiatriques.

L'intimé requiert également que l'expert réponde à la question de savoir si un stage en situation professionnelle simple, sollicitant principalement la mémoire visuelle, avec des niveaux d'apprentissage du niveau d'efficiences d'un CFC est exigible, si oui, à quel taux et, si non, pourquoi. Il semble toutefois acquis qu'en l'état, le recourant présente une incapacité de travail totale, comme cela est confirmé par tous les médecins traitants et l'expert. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué dans son avis médical, à la page 2, qu'un stage en situation professionnelle simple présupposerait l'arrêt de consommation de toxiques. Il est vrai que ce médecin a ajouté qu'il ne peut suivre l'expert en ce qu'il indique qu'une diminution des consommations aux toxiques déstabiliserait la situation psychique actuelle. Cependant, il n'a motivé en rien pour quelle raison il met en cause l'avis étayé de l'expert judiciaire sur ce point. Celui-ci a en effet expliqué qu'après 20 ans de consommation de substances toxiques, actuellement toujours sous cure de méthadone à un dosage important avec des dérapages, une consommation parallèle de cocaïne et de benzodiazépines, après de nombreux sevrages, une prise en charge psychologique et psychiatrique de longue date, il lui semble que la transformation du fonctionnement de personnalité, l'épuisement de l'énergie vitale, avec un émoussement affectif global, correspondent à des séquelles psychiatriques irréversibles, lesquelles sont seulement en partie consécutives à la polytoxicomanie.

Concernant la question de l'intimé visant à savoir depuis quand existent les troubles cognitifs, il convient de relever que, selon le dossier médical, l'état psychique du recourant est stationnaire depuis quelques années et qu'il ne pourra en tout état de cause pas prétendre à des prestations rétroactives pour plusieurs années, comme il sera exposé ci-dessous.

L'intimé se demande aussi si la consommation de toxiques est à même d'influer sur les troubles de l'attention, de la mémoire et de la concentration. Cependant, il sied de rappeler que, selon l'expert, il n'est pas exigible de soumettre le recourant à un sevrage des produits toxiques, de sorte que cette question devient sans objet.

Quant à la possibilité d'objectiver les lésions organiques, de l'avis de la Cour de céans, une réponse à cette question ne pourrait être donnée que par un neurologue, sur la base d'un examen radiologique du cerveau. L'expert psychiatre n'est donc pas à même de se prononcer à ce sujet. Il n'en demeure pas moins que des troubles cognitifs ont été objectivés lors de l'examen neuropsychologique.

Cela étant, la Cour de céans n'a pas d'éléments pour mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Il retient par conséquent que le recourant a été amené à une consommation de toxiques par un trouble de la personnalité borderline, de sorte que sa dépendance est en lien avec une atteinte psychiatrique et donc secondaire à celle-ci. Un tel trouble est en soi propre à entraîner une diminution de la capacité de travail, comme l'expert l'a admis dans sa réponse à la 5<sup>ème</sup> question, même si cela ne peut pas être constaté rétroactivement pour le recourant. Toutefois, le recourant est aujourd'hui également atteint dans ses facultés cognitives, au degré de la vraisemblance prépondérante en raison de lésions organiques dues à la toxicomanie depuis 20 ans, selon l'expert. Cela étant, il sied d'apprécier, de l'avis de la Cour, la mesure de ce qui est exigible en tenant compte de l'ensemble des limitations liées au trouble de la personnalité, à la symptomatologie dépressive et à la dépendance. Or, celles-ci ont provoqué des séquelles psychiatriques irréversibles, rendant toute tentative de sevrage et de réinsertion dans le travail irréaliste, aux dires de l'expert judiciaire. Partant, une incapacité de travail totale ouvrant le droit à une rente entière doit être retenue.

9. Le recourant ayant requis des prestations en juillet 2009, le droit à la rente prend naissance en janvier 2010, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI. A cet égard, il y a lieu de relever que l'état de santé du recourant n'a guère changé depuis le dépôt de sa demande.
10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.
11. Le recourant obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
12. L'émolument de justice, fixé à 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet
3. Annule la décision du 3 septembre 2010.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'000 fr. à titre dépens.
6. Met un émolument de 200 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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