

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3668/2014

ATAS/1070/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré), né le _____ 1975, titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeur, a notamment travaillé dans une entreprise de sécurité, a servi dans l'armée française où il a effectué une formation de maître-chien, et a été engagé en qualité d'employé de fabrication en chimie entre 1999 et 2001. Il a ensuite alterné des périodes de chômage, d'emprisonnement et d'activités pour des entreprises sociales.
2. À partir du 15 décembre 2008, il a été placé par la « Bourse à l'emploi » de l'œuvre suisse d'entraide ouvrière (ci-après l'OSEO), organisation active dans le domaine de l'intégration et de l'insertion, en tant qu'aide jardinier-employé polyvalent, à raison de 6,5 heures par jour.
3. Le 9 février 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après l'OAI), mentionnant être en incapacité de travail totale depuis le 5 juillet 2010 pour causes de dépression, d'hallucinations sévères et de consommation de cannabis et d'héroïne.
4. En date du 7 mars 2011, l'assureur perte de gain a communiqué à l'OAI les pièces suivantes :
 - un rapport établi le 15 novembre 2010 par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Fondation Phénix, retenant le diagnostic de schizophrénie et attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 5 juillet 2010 ;
 - un rapport du 7 janvier 2011 du Dr B_____ mentionnant les codes diagnostics F20.0, F11.25 et F12.25, et précisant que l'assuré était suivi à la Fondation Phénix depuis 2005 pour une substitution à la méthadone.
5. Par rapport du 17 mars 2011 adressé à l'OAI, le Dr B_____ a retenu, à titre de diagnostic avec un effet sur la capacité de travail, une schizophrénie de type paranoïde (F20.0). Il a également fait état, à titre de diagnostic sans répercussions sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous traitement de substitution (F11.22). Les symptômes actuels consistaient en une thymie neutre, des hallucinations auditives menaçantes et insultantes, un délire de présentation, un discours interprétatif, des troubles du sommeil et la description de périodes de colère et d'impulsivité. Le traitement comprenait des séances de psychothérapie et la prise quotidienne de Méthadone (40mg) et de Risperdal (2mg).
6. Le 7 avril 2011, l'OSEO a indiqué à l'OAI que l'engagement de l'assuré était résilié pour le 30 juin 2011.
7. Par rapport du 15 août 2011, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic de schizophrénie paranoïde et indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire.

8. Le 10 novembre 2011, ce médecin a précisé que le diagnostic de schizophrénie existait depuis que l'assuré était jeune adulte. Il a constaté une légère amélioration de l'état de santé de son patient et indiqué qu'une reprise de travail à 50% était désormais possible.
9. Le 27 mars 2012, l'OAI a reçu plusieurs rapports relatifs à des périodes d'hospitalisation, à savoir :
 - un rapport du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) suite à une hospitalisation au service d'abus de substances du 2 au 11 janvier 2007. Selon le résumé y relatif, l'assuré présentait des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, avec un régime de maintenance ou une substitution, sous surveillance médicale (F11.22) et une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.33). Il fumait du cannabis depuis l'âge de 14 ans et consommait de l'héroïne fumée depuis environ quatre ans. Depuis une année, il était suivi à la Fondation Phénix.
 - Un rapport établi le 18 novembre 2010 par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef de clinique au service d'addictologie du Département de psychiatrie des HUG, où l'assuré avait séjourné du 15 octobre au 15 novembre 2010 pour un sevrage d'héroïne et une stabilisation de son traitement. Étaient posés les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue (F11.25), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), des troubles psychiques liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, avec un régime de maintenance ou une substitution, sous surveillance médicale (F11.22) et une psychose non organique, sans précision (F29). Une notion d'isolement social était signalée, ainsi que des idées noires, une thymie neutre, des troubles du sommeil. L'assuré révélait avoir des hallucinations auditives et visuelles telles que des zombies et des personnes mortes, il entendait des voix menaçantes et insultantes. Le sevrage s'était bien déroulé, mais la persistance des symptômes psychotiques et d'un comportement relativement désorganisé avaient nécessité la mise en place d'un traitement de Zyprexa qui avait eu un bon effet thérapeutique, mais non toléré par l'assuré. Ce traitement avait été remplacé par un autre neuroleptique, le Risperdal, qui avait permis une amélioration de l'état. En raison de l'absence de risques auto ou hétéro-agressifs, une sortie définitive lui avait été accordée.
 - Un résumé de séjour du 21 avril 2011 suite à une hospitalisation du 22 mars au 5 avril 2011 à l'unité hospitalière d'addictologie du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG pour un sevrage de cannabis sur un fond dépressif. Le Dr C_____ a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), de troubles mentaux et du

comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F11.26), de troubles psychiques sur des opiacés, syndrome de dépendance, avec une substitution surveillée médicalement (F11.22) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). À sa sortie en novembre 2010, l'assuré avait repris ses consommations d'héroïne et de cannabis, mais il ne consommait plus d'héroïne depuis un mois. Au status à l'entrée, il présentait des troubles de l'attention et de la concentration, se déclarait anxieux, légèrement triste, avec une anhédonie partielle et un isolement social, des troubles du sommeil avec des ruminations anxieuses et des réveils nocturnes. Ses hallucinations auditives étaient en diminution par rapport au dernier séjour et la présence de voix menaçantes et insultantes durant la nuit était rare. La thymie de l'assuré s'était nettement améliorée durant le séjour, même s'il reconnaissait encore des difficultés à entreprendre des démarches pour faire des activités. Lors d'une sortie, il avait fumé un joint de cannabis, ce qui l'avait déçu, et il exprimait des inquiétudes vis-à-vis de sa sortie car il habitait avec un consommateur.

- Un rapport du 3 juin 2011 du Dr C_____ concernant un séjour à l'unité hospitalière d'addictologie des HUG du 29 avril au 10 mai 2011 pour un sevrage de cannabis. Les diagnostics étaient ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). L'évolution avait été favorable, bien que l'assuré avait fumé un joint de cannabis lors d'une permission et avait exprimé beaucoup de regrets par rapport à ce geste. À l'entretien de sortie, l'assuré présentait une amélioration de sa thymie, une bonne qualité de sommeil et ne présentait pas d'éléments psychotiques. Il exprimait une légère anxiété, laquelle était gérable.
- Une lettre de sortie signée le 20 mars 2012 par le Dr C_____, suite à une hospitalisation du 24 février au 9 mars 2012 à l'unité hospitalière d'addictologie des HUG pour un sevrage de cannabis, sur un fond dépressif. Ce médecin a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, avec une substitution surveillée médicalement (F11.22) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). La consommation de l'assuré, soit plusieurs joints par jour, apaisait son état de tension en lien avec sa situation sociale précaire. L'assuré décrivait une augmentation de son sentiment de paranoïa et une baisse de motivation pour réaliser ses démarches comme des éléments négatifs de sa consommation. À l'entrée, il était calme et collaborant, légèrement accéléré sur le plan psychomoteur, son discours, cohérent et informatif, était centré sur ses difficultés sociales. Sa thymie était neutre, sans élément dépressif, sans idée noires exprimées et sans trouble de la lignée psychotique. L'assuré avait évoqué des difficultés relationnelles avec ses

colocataires et des difficultés à garder une abstinence totale au long terme. Il souhaitait effectuer un sevrage pour éviter de « péter les plombs » et avancer sur le plan social. Son objectif était une consommation contrôlée. Il verbalisait un épuisement psychique et physique. L'évolution avait été favorable et l'assuré était euthymique lors de l'entretien de sortie, satisfait de son hospitalisation, mais exprimait toujours un sentiment de colère envers ses colocataires, en lien avec un léger sentiment d'anxiété.

10. Les 2 avril et 5 juillet 2012, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que l'état de son patient s'était amélioré, mais qu'il n'y avait pas de changement dans le diagnostic. Depuis le 12 mars 2012, l'assuré, très impulsif et interprétatif, travaillait à 50% à « Réalise » en qualité de jardinier, et cette activité était envisageable à temps complet à partir de l'automne.
11. Dans leur avis médical du 11 septembre 2012, les doctresses D_____ et E_____, médecins auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), ont relevé que les rapports relatifs aux cinq hospitalisations ne faisaient pas état de trouble schizophrénique et que l'assuré demandait des sevrages de cannabis car ses sentiments de paranoïa augmentaient et sa motivation sociale diminuait lorsqu'il en consommait. Une expertise psychiatrique était proposée afin de préciser les diagnostics et les limitations fonctionnelles.
12. Par communication du 10 octobre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise était confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et lui a transmis la liste des questions. L'assuré disposait d'un délai de 10 jours pour faire parvenir des questions complémentaires et pour récuser l'expert.
13. À partir du 1^{er} avril 2013, l'assuré a été placé dans une blanchisserie à raison de 16 heures par semaine, pour une indemnité de CHF 180.-.
14. Le 23 avril 2013, le Dr F_____, a rendu son rapport d'expertise. Il n'a diagnostiqué aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans effets sur ladite capacité, il a retenu des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement en régime de maintenance sous surveillance médicale (F11.22), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), un état anxieux d'intensité légère (F41.1) et une accentuation de certains traits de la personnalité, avec une tendance impulsive et de dépendance (Z73.1).

Selon l'anamnèse, l'assuré avait débuté sa consommation de cannabis à l'âge de 14 ans, d'abord durant les weekends, puis pendant la semaine. À sa sortie de prison, il avait goûté l'héroïne dont il était devenu dépendant en quelques mois. Il consommait également occasionnellement de la cocaïne. Entre 2007 et 2013, il avait été hospitalisé en milieu psychiatrique à six reprises, chaque fois

essentiellement pour un sevrage de cannabis et d'héroïne. Parallèlement, il était suivi à la Fondation Phénix. Avec les années, les doses de méthadone avaient pu être réduites, de 165mg à 16mg par jour, ce dont l'assuré était fier. Les plaintes spontanées de celui-ci concernaient sa dépendance au cannabis qui lui procurait un effet de détente positif. Il fumait en moyenne un jour sur deux et était susceptible, lorsqu'il fumait le soir, d'entendre des voix d'hommes, inconnues, qui l'insultaient. Lors d'une consommation la journée ou avec d'autres personnes, ces voix n'apparaissaient pas. Le problème de l'héroïne était « complètement derrière lui » et il n'était plus en danger de consommation. La cocaïne, appréciée surtout dans un cadre festif, avait toujours joué un rôle secondaire, sans véritable dépendance. L'assuré se plaignait également d'être un peu « agoraphobe », mal à l'aise dans les foules et les groupes. Il se sentait déséquilibré lorsqu'il était seul ou risquait d'être seul. Depuis un certain temps, il prenait du Seroquel qui lui permettait de prendre plus de distance, de ne pas glisser dans des cas de ras-le-bol et des délires, d'avoir des hallucinations ou des « pétages de plomb ».

Le tableau psychopathologique systématique (échelle AMDP) évoquait quelques items significatifs, mais qui s'avéraient plutôt légers dans leur impact. Aucun trouble de la conscience, de l'orientation, de l'attention et de la mémoire, de la pensée ou du moi n'avait été observé, ni aucun délire. S'agissant des craintes et des obsessions, étaient relevés une phobie (mal à l'aise dans les foules et les groupes) et quelques éléments relevant de l'obsession ou de l'impulsion. S'agissant des troubles des perceptions, seules des hallucinations acoustico-verbales étaient mentionnées, quelques soirs lorsque l'assuré était seul et sous cannabis. En outre, une légère diminution de la sociabilité était évoquée, ainsi qu'une légère anticipation anxieuse, une anxiété en situation sociale et une tension. Suite à l'évaluation fondée sur l'échelle de ralentissement (EDR), l'expert a constaté l'absence d'un ralentissement psychomoteur significatif. Les résultats de l'échelle MADRS permettaient d'exclure une dépression et les analyses sanguines révélaient que l'assuré était observant pour les deux substances psychotropes testées, soit le Seroquel et le Cipralax.

L'expert a notamment relevé qu'il n'y avait pas de symptômes négatifs comme de l'apathie, une pauvreté, un émoussement, des réponses inadéquates, une froideur ou un détachement. Sur le plan affectif, l'assuré était normo thymique. Il ne présentait pas de particularité au niveau psycho-émotionnel, mis à part une certaine diminution de la réactivité et une oscillation émotionnelle, étant précisé qu'il avait tendance à s'exprimer mécaniquement, mais qu'il existait aussi à plusieurs moments de l'entretien un contact souriant et chaleureux. L'expert a également constaté une certaine auto dépréciation et un manque de confiance, et souligné que l'évocation de l'hôpital psychiatrique était presque comme celle d'un refuge, lieu de sécurité et deuxième famille. L'assuré était peu affirmé et de ce fait sensible à la recrudescence d'anxiété dès qu'il se sentait dépassé dans ses capacités d'adaptation. Aucune maladie psychiatrique, pédopsychiatrique ou autre n'avait été mentionnée,

ni par l'assuré, ni dans le dossier. Il était donc clair qu'il s'agissait, concernant le cannabis, d'une toxicomanie primaire. Cette substance pouvait développer une dépendance physique et psychique. Plusieurs hospitalisations avaient été mises en place avec le but déclaré de sevrage de cannabis. Lors des descriptions de ces séjours et lors de l'anamnèse établie par les médecins, un lien entre les symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations verbales et acoustiques, à moindre mesure visuelles, avait été évoqué et la problématique avait diminué avec la réduction de la consommation de cannabis. Ceci avait d'ailleurs également été confirmé par l'assuré. Il entendait des voix lorsqu'il consommait du cannabis seul chez lui et il y avait une sorte de conditionnement contextuel et par la substance. L'assuré appartenait probablement au groupe de patients qui présentait un certain fond fragile, que l'on pouvait à la limite caractériser comme une structure pré psychotique, et pour lesquels la consommation de telles substances était strictement déconseillée. L'expert connaissait un grand nombre de situations de ce type, plus souvent des jeunes adultes ou adolescents qui faisaient des décompensations psychotiques sous cannabis où la substance produisait des symptômes et des pathologies parfois impressionnantes, jusqu'à un tableau schizophrénique. C'était probablement à ceci que le psychiatre traitant avait pensé en mentionnant le diagnostic de schizophrénie. Or, selon son appréciation, il ne s'agissait pas du tout d'une maladie de ce groupe proprement dit, mais bien d'un effet indirect et très nocif de cette consommation. Il a ajouté que les médecins observateurs lors des différentes hospitalisations n'avaient pas non plus retenu un tel diagnostic. Par ailleurs, le traitement antipsychotique était toujours relativement modeste, sauf dernièrement où le médecin avait procédé à une forte augmentation. Plusieurs tentatives de sevrage avaient échoué et l'assuré s'était finalement orienté vers l'idée d'une consommation contrôlée, laquelle était souvent, par expérience, illusoire. Il n'y avait donc pas d'autre alternative qu'une abstinence totale et durable. S'agissant de l'héroïne, l'assuré avait débuté sa consommation suite à une proposition de ses connaissances, en sortant de prison, alors qu'il était certainement dans un vide social et professionnel, mais pas non plus dans un état de maladie psychiatrique. Sa consommation était également très clairement primaire et avait pris très rapidement beaucoup d'ampleur. Il n'existait aucune notion pour un état dépressif significatif ou une autre atteinte psychiatrique qui aurait pu expliquer une consommation de type secondaire. Le mal-être social, le flou de sa situation étaient des conditions non spécifiques, non médicales et qui ne pouvaient pas être mobilisées pour une argumentation de la toxicomanie de type secondaire. Concernant le trouble de la personnalité évoqué dans le dossier, l'assuré n'en remplissait pas les critères. Sa biographie montrait une évolution sans altération majeure des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres. Il avait pu s'insérer dans différents contextes professionnels et n'était de loin pas toujours dysfonctionnel. Les conflictualités mentionnées dans des situations professionnelles étaient de caractère réactionnel, et les colères et les « pétages de plomb » ne pouvaient pas être mobilisés pour fixer une pathologie de la personnalité. Lors des

différentes hospitalisations, l'assuré était décrit une fois dans des difficultés d'interactions avec les autres patients et le personnel, mais lorsque les choses avaient été reprises, discutées, il avait pu s'adapter normalement, sans poursuite de manifestations bruyantes. Il y avait donc certes des traits accentués, notamment caractériels, et peut-être une certaine sensibilité accrue par rapport à la norme, mais sans aucune fixation pathologique. L'expert a ensuite rappelé qu'il n'existait pas de symptômes dépressifs saillants à observer. Le dosage de l'antidépresseur montrait un taux sérique tout à fait normal et proche de ce qui était prescrit. Ainsi, si un état dépressif significatif avait existé auparavant, il était actuellement au stade relativement bien compensé, ce qui correspondait aux observations lors des hospitalisations, où l'état thymique de l'assuré s'améliorait à chaque fois qu'un antidépresseur était introduit ou maintenu d'une manière contrôlée. Il se dégageait donc de l'assuré, pour l'ensemble des dernières années, l'image d'un homme essentiellement intriqué dans des problématiques de toxicomanies diverses, qui avait maintenu des comportements liés à cette dépendance, qui avait périodiquement dysfonctionné, mais qui présentait théoriquement toujours une capacité d'adaptation et aussi de travail. Son psychiatre traitant avait d'ailleurs retenu une reprise progressive du travail en 2011. Si cette reprise se faisait de manière ralentie, c'était lié à la problématique de substance et de consommation, et non à une maladie psychiatrique indépendante, voire invalidante.

Les trois premiers diagnostics ne faisaient pas partie des diagnostics entrant dans la considération de l'incapacité de travail susceptible d'avoir une influence sur l'invalidité. En ce qui concernait les trois autres diagnostics, il s'agissait de problèmes relativement bien maîtrisés, de principe et dans un environnement professionnel normal sans influence sur la capacité de travail. Ils pouvaient périodiquement diminuer le rendement de l'assuré ou créer une sensibilité accrue par rapport à certaines situations, exigences ou stress. En conclusion, l'expert n'a retenu aucune incapacité de travail ou diminution de rendement durable. S'agissant du passé, les certificats étaient essentiellement liés aux toxicomanies et non à une autre atteinte psychiatrique. Lorsqu'il y avait temporairement des apparitions d'états anxio-dépressifs, ces derniers étaient relativement vite maîtrisés. Les limitations provenaient surtout des différentes toxicomanies, de l'habitude de l'assuré à celles-ci et de comportements particuliers liés à elles. Les troubles de l'assuré avaient empêché une insertion professionnelle et sociale linéaire, mais sa capacité de travail était théoriquement entière, avec une diminution de rendement liée à la consommation de substances. En cas de sevrage complet et de durée prolongée de toutes les consommations, la capacité de travail entière pourrait être rétablie.

15. Le 28 avril 2013, le Dr F_____ a indiqué à l'OAI qu'il avait reçu, après la reddition de son rapport, deux documents se rapportant à des hospitalisations à l'unité hospitalière d'addictologie des HUG, lesquels ne modifiaient toutefois pas ses conclusions. Il a communiqué à l'OAI ces pièces, à savoir :

- une lettre de sortie du 19 septembre 2012 du Dr C_____ relative à un séjour du 10 au 26 août 2012 pour un sevrage de cannabis et de cocaïne. Étaient diagnostiqués des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), des troubles psychiques sur une utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Il s'agissait de la sixième hospitalisation de l'assuré pour un sevrage de cannabis et de cocaïne. Il consommait plusieurs joints par jour et 1 g de cocaïne par semaine, et souhaitait initier une nouvelle période d'abstinence. Aucun élément de la lignée psychotique n'était relevé et l'assuré ne présentait pas d'idées noires ou suicidaires. L'évolution avait été rapidement très favorable, mais l'assuré demeurait très fragile. Il se déclarait motivé à continuer une psychothérapie pour garder son travail actuel. L'assuré n'avait pas consommé de produits durant ses sorties.

- Une lettre de sortie du 21 décembre 2012 de la doctoresse G_____, médecin cheffe de clinique, suite à un séjour du 30 octobre au 8 décembre 2012. Les diagnostics étaient ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F12.21), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance (F14.21), de troubles mentaux et du comportement sur une utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance (F11.22), et de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). L'assuré avait sollicité cette hospitalisation afin d'effectuer un sevrage et initier une période d'abstinence. À l'entrée, il présentait une thymie triste, une anhédonie, une diminution de l'intérêt et du plaisir. Étaient également notées des hallucinations auditives fluctuantes sur une consommation de cocaïne et de cannabis. Une mauvaise hygiène de vie et un réseau social pauvre, limité aux consommateurs chroniques, favorisaient la consommation répétée et contribuaient au maintien de l'instabilité psychique. Le sevrage s'était avéré difficile et l'évolution de la symptomatologie psychiatrique avait été marquée par la persistance de l'anxiété, avec de fortes crises d'angoisse, paroxystiques, puis l'apparition d'hallucinations auditives. Après plusieurs tentatives de modification du traitement antipsychotique, une stabilisation sur ce plan avec une régression des hallucinations avaient pu être observées suite à l'introduction du Seroquel. Des entretiens de réseau avaient été organisés avec les référents de la Fondation Phénix et les éducateurs de Réalise où l'assuré était actuellement engagé, et avaient abouti, entre autres, à la proposition d'un changement du poste de travail et d'une réduction du taux d'activité à 50%. L'assuré s'engageait notamment, lors de sa sortie, à essayer de diminuer sa consommation.

- Une lettre de sortie du 22 février 2013 de la Dresse G_____ concernant un séjour du 4 au 21 janvier 2013. Les diagnostics posés étaient ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F12.21), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F14.21), de troubles mentaux et du comportement sur une utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (F11.22) et de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). L'assuré était « connu pour une schizophrénie paranoïde », ainsi que pour une dépendance au cannabis, à la cocaïne et aux opiacés. La consommation occasionnelle de cocaïne et de cannabis en fonction des rencontres avec ses amis perturbait son état psychique, notamment au niveau du sommeil et de l'anxiété, avec des ruminations incessantes. La dernière consommation de cocaïne était la veille de son entrée et l'assuré avait fumé deux joints de cannabis juste avant son entrée. Il avait décrit des pertes occasionnelles de mémoire récentes. Durant son séjour, il avait banalisé l'impact de sa consommation sur son état psychique, la situant dans un contexte d'ennui et de maintien du peu de contact social qu'il entretenait avec les consommateurs chroniques. Il avait également été observé, déjà lors des hospitalisations précédentes, un phénomène de rebond de la symptomatologie anxieuse à l'approche de la date de sortie, ce qui questionnait l'intérêt des hospitalisations programmées.
- 16. Dans un avis du 11 juillet 2013, la doctoresse H_____, médecin SMR, a conclu, sur la base du rapport d'expertise, que la toxicomanie de l'assuré était primaire et n'entraînait pas dans le cadre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Le trouble dépressif anxieux et les traits de la personnalité impulsive et dépendante étaient bien maîtrisés et n'entraînaient pas d'incapacité de travail ou de baisse de rendement. La capacité de travail était entière depuis toujours dans toute activité.
- 17. Le 31 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser des prestations, faute de toute atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.
- 18. Par courrier du 9 septembre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision et soutenu être en incapacité de travail depuis de nombreuses années à cause de ses troubles psychologiques, dont de fortes hallucinations, des montées d'angoisses paranoïaques et des épuisements aigus qui l'empêchaient de maintenir une activité professionnelle de manière durable. Il avait été ainsi contraint de voir diminuer son taux d'occupation au sein de l'entreprise sociale Réalise et avait été orienté vers l'association Trajet depuis février 2013. Il occupait un poste à 30% et il lui était difficile de maintenir ses présences de manière constante. En outre, il était suivi à la

Fondation Phénix pour des problèmes de dépendance aux jeux et à certaines substances.

19. Le 24 septembre 2013, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Monsieur J_____, psychologue et psychothérapeute, tous deux exerçant auprès de la Fondation Phénix, ont rendu un rapport. Selon leur observation clinique, l'assuré présentait une schizophrénie paranoïde en plus des troubles liés à l'abus de substance. Cette comorbidité était fréquente, bien que l'implication de substances ne soit pas claire. Environ 15 à 25% des patients atteints de schizophrénie pouvait remplir les critères d'abus ou de dépendance au cannabis et 5 à 10% à la cocaïne. La plupart des études montrait que cette association était un indicateur de mauvais pronostic. L'assuré était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, la compliance médicamenteuse était bonne et il passait en moyenne quatre fois par semaine dans le centre. En dépit de cette prise en soins intensive, son état clinique demeurait très fragile. Le tableau clinique était dominé par une symptomatologie négative, marquée par un émoussement affectif, un appauvrissement de la pensée, un comportement apathique et ritualisé, un retrait social et l'absence de spontanéité. La symptomatologie positive était quasi contrôlée par le traitement antipsychotique, mais il persistait des hallucinations auditives, lesquelles étaient caractéristiques de la schizophrénie paranoïde, non envahissantes et un sentiment de persécution fluctuant. Les périodes de changement étaient à l'origine d'une exacerbation anxieuse, d'une agitation psychomotrice, de troubles du sommeil et d'un sentiment d'insécurité. L'assuré était alors très demandeur d'une hospitalisation, comme refuge face à ses angoisses, et la prise en charge devait alors être intensifiée. Cette symptomatologie clinique répondait aux critères de la schizophrénie paranoïde. L'expert avait écarté un tel diagnostic en excluant la présence de délires ou d'hallucinations. Or, il évoquait des moments d'intrusion par des voix qui étaient exacerbés sous cannabis ou lorsque l'assuré était seul. Il écartait également les symptômes négatifs comme l'apathie, la pauvreté, l'émoussement, la froideur, le détachement, tout en notant une diminution de la réactivité émotionnelle, une tendance à s'exprimer mécaniquement et à s'ennuyer en dehors des activités programmées, des tendances régressives et des délires de projection. Ces symptômes n'étaient pas rattachés à un diagnostic par l'expert. Sur le plan fonctionnel, l'assuré présentait d'énormes difficultés dans la gestion du quotidien ainsi que dans le maintien d'une activité professionnelle. En effet, sa symptomatologie négative était limitative et il présentait des troubles de l'attention, des difficultés à se concentrer et à établir les priorités, une aboulie. Il n'avait pas pu répondre aux attentes dans son poste à 50% chez Réalise et avait été orienté sur les ateliers Trajets, où l'intégration avait été progressive. Dans une telle activité occupationnelle encadrée, un taux d'occupation supérieur à 50% paraissait difficilement envisageable, étant précisé que l'assuré était actuellement à 40%.

20. Du 28 janvier au 12 février 2014, l'assuré a été hospitalisé à l'unité hospitalière d'addictologie des HUG. Dans le rapport y relatif, signé par la Dresse G_____ le 28 février 2014, étaient retenus les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F12.21), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F14.21), de troubles mentaux et du comportement sur une utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (F11.22) et de schizophrénie paranoïde (F20.0). Depuis les fêtes de Noël, l'assuré consommait à nouveau de la cocaïne, tous les deux à trois jours, après une période d'abstinence de trois mois. Il fumait également environ quatre joints de cannabis par semaine, en fonction des rencontres, ce qui perturbait son état psychique, notamment au niveau du sommeil et de l'anxiété, associé à une majoration des symptômes psychotiques, soit un sentiment d'insécurité et des hallucinations auditives, ainsi que des idées auto agressives. Au status à l'entrée, l'assuré était légèrement ralenti au niveau psychomoteur, avec une thymie triste, de l'anxiété et des ruminations à prédominance nocturne et des troubles de l'endormissement. Il présentait une anhédonie, une diminution de l'élan vital, des idées suicidaires fluctuantes scénarisées. Il faisait état d'hallucinations auditives, mais pas d'idées de référence, de vol de la pensée, d'automatisme mental ou d'hallucinations visuelles (symptômes qu'il avait présentés dans le passé). Il était assez critique sur ses hallucinations et se sentait rassuré dans le contexte hospitalier. Sur le plan clinique, les hallucinations s'étaient amendées avec le sevrage du cannabis, sevrage qui s'était fait sans difficultés majeures et l'évolution avait été rapidement très favorable avec une participation régulière au programme groupal et aux entretiens médico-infirmiers. L'ensemble de ces stratégies avait diminué ses angoisses et amélioré sa thymie, mais il restait encore fragile. Il avait su mettre en place des stratégies efficaces pour maintenir une abstinence. Lors de sa sortie, il avait décrit un amendement de ses hallucinations auditives, était euthymique et ne présentait plus d'idées suicidaires ou auto dommageables.
21. En date du 24 mars 2014, l'OAI a sollicité l'avis de l'expert quant à l'appréciation des médecins de l'assuré selon laquelle persistaient des limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique, malgré la prise de médicaments.
22. En date du 30 mai 2014, le Dr F_____ a conclu qu'il existait un très grand décalage entre sa vision et celle des thérapeutes, lesquels décrivaient l'état clinique d'une manière beaucoup plus dramatique que dans son status psychiatrique. Les thérapeutes ne se déterminaient pas sur le fait qu'il s'agissait d'une toxicomanie primaire et qu'il avait postulé pour un sevrage complet. Le fait qu'il s'agissait de toxicomanies ancrées, chroniques de très longue durée, augmentait la difficulté mais ne changeait rien au principe du postulat. Le diagnostic de schizophrénie n'avait jamais été posé lors des hospitalisations préalables et la statistique de

comorbidité ne disait rien sur le cas particulier de l'assuré. Il a ajouté qu'il avait interprété les symptômes psychotiques en lien avec la consommation de substances, ce qui était statistiquement tout aussi bien documenté. Le fait que les neuroleptiques n'agissaient pas ou peu était indirectement un argument pour sa vision des choses. Si nécessaire, il proposait de mandater un autre expert.

23. Dans un avis du 2 octobre 2014, la Dresse D_____ a maintenu les conclusions de son rapport du 11 juillet 2013, compte tenu des explications convaincantes de l'expert.
24. Par ordonnance du 3 septembre 2014, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a instauré une curatelle de représentation et de gestion du patrimoine au profit de l'assuré.
25. Par décision du 29 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet du 31 juillet 2013 et refusé l'octroi de prestations à l'assuré, considérant que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi.
26. Par acte du 28 novembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} août 2011, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir violé ses droits de procédure en ne prenant pas en compte sa demande de récusation visant le Dr F_____ et en s'abstenant de rendre une décision incidente. Sur le fond, il a contesté toute valeur probante au rapport d'expertise, lequel n'était pas basé sur une anamnèse complète et dont les conclusions étaient contredites par de nombreuses pièces du dossier.

À l'appui de son écriture, le recourant a notamment produit :

- une lettre de sortie du 2 octobre 2014 de l'unité hospitalière d'addictologie des HUG, suite à un séjour du 10 au 23 septembre 2014 pour une mise à l'abri dans le cadre de dépendance aux jeux d'argent et de gestes d'automutilations. Étaient diagnostiqués des troubles des habitudes et des impulsions, jeu pathologique (F63.0), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F12.21), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F14.21), des troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F11.20) et une schizophrénie paranoïde (F20.0). Depuis sa dernière hospitalisation, le recourant avait pu maintenir une relative abstinence de cannabis et sa consommation de cocaïne était relativement contrôlée. Lors de son admission, il décrivait des hallucinations auditives, qui n'étaient pas en augmentation. Il n'y avait pas d'idées de référence, de vol de la pensée, d'automatisme mental ou d'hallucinations visuelles. Le recourant citait en avoir eu par le passé, surtout en lien avec le cannabis, mais plus depuis

plusieurs mois. Durant son hospitalisation, sa thymie s'était rapidement améliorée, avec une diminution du sentiment de culpabilité et une augmentation de la possibilité de se projeter.

- Un rapport de la Fondation Phénix du 24 novembre 2014, dans lequel la Dresse I_____ a diagnostiqué, entre autres, une schizophrénie paranoïde continue (F20.0) et conclu que ce trouble psychotique, qui évoluait de manière chronique et indépendamment de la toxicomanie, était à l'origine d'une incapacité de travail totale. Au status, étaient relevés un ralentissement psychomoteur, des affects émoussés, un discours cohérent mais pauvre, des hallucinations auditives persistantes et malveillantes, une aboulie, un comportement ritualisé, un manque d'initiatives, des idées délirantes de persécution fluctuantes, partiellement critiquées. L'évolution de la polytoxicomanie était favorable car le traitement à la méthadone avait pu être interrompu en juillet 2014 et le recourant était abstinent au niveau de la cocaïne et du cannabis. S'agissant en revanche du trouble psychotique, l'évolution était stationnaire et le pronostic réservé. La Dresse I_____ a souligné que le recourant était souvent envahi par des angoisses, des hallucinations auditives et un sentiment de persécution qui le parasitaient et interféraient avec sa capacité à poursuivre ses activités. Dès la reprise de son travail aux ateliers Trajet, il avait été envahi par des hallucinations auditives dénigrantes et se montrait interprétatif et méfiant envers ses collègues. En outre, il était dépendant au niveau du fonctionnement social (démarches administratives et entretien de son logement). La confrontation à ces difficultés était souvent angoissante et culpabilisante. Le recourant était compliant aux soins proposés, lesquels consistaient en un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, une prise en charge psychiatrique, un suivi social et une gestion du traitement médicamenteux qui comprenait deux neuroleptiques, un antidépresseur, des anxiolytiques et un somnifère.

27. Dans sa réponse du 12 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a relevé que le recourant n'avait pas fait valoir de motifs de récusation valables, que son courrier du 11 mars 2014 n'était pas intervenu à temps et ne constituait pas une proposition de médecins en lieu et place de l'expert et que même s'il avait rendu une décision incidente, elle aurait confirmé la nomination de l'expert. Concernant la valeur probante de l'expertise, tous les documents avaient été transmis à l'expert, qui avait conclu qu'il s'agissait d'une toxicomanie primaire. Enfin, les nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre du recours avaient été soumis à l'appréciation du SMR, dont les précédentes conclusions demeuraient valables.

L'intimé a annexé l'avis du 16 décembre 2014 de la Dresse D_____, qui estimait, s'agissant du rapport de la Dresse I_____, que la schizophrénie paranoïde continue ne pouvait pas être retenue comme un diagnostic à part puisque les symptômes psychotiques étaient l'expression de la consommation de toxiques du recourant.

Pour le surplus, elle s'étonnait que le psychiatre traitant, lequel relevait également des difficultés sociales importantes, changeait régulièrement de traitements antipsychotiques sans en mesurer au préalable les effets thérapeutiques. S'agissant du rapport des HUG du 2 octobre 2014, il n'était pas question d'une décompensation psychotique car le diagnostic des troubles des habitudes et des impulsions figurait après les diagnostics de dépendance. En outre, le recourant n'était pas totalement abstinent puisqu'il consommait occasionnellement du cannabis, de la cocaïne et de l'alcool. Toutes les dépendances étaient primaires. Hormis les hallucinations auditives présentes depuis de nombreuses années et qui ne semblaient pas dépendantes de l'état psychique du recourant, aucun symptôme typique de la schizophrénie n'était retrouvé, ni de symptômes négatif persistant sous traitement neuroleptique. Le recourant présentait un critère d'exclusion au diagnostic de schizophrénie paranoïde. Partant, les nouveaux éléments ne faisaient que confirmer que le recourant présentait une dépendance multiple avec des symptômes psychotiques parfois présents qui étaient dus à la consommation de toxiques et non à une pathologie psychiatrique grave.

28. En date du 6 février 2015, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a à nouveau évoqué ses griefs au sujet de sa demande de récusation de l'expert. (*Ndr. Cet aspect n'est plus développé dans le présent arrêt, la question ayant d'une part été évoquée dans la décision 13 juin 2016 - ATAS/455/2016 -, et n'ayant plus de pertinence actuelle d'autre part*). Le recourant a produit un rapport du 30 janvier 2015 de la Dresse I_____, laquelle a indiqué que les diagnostics de dépendance aux opiacés, à la cocaïne et au cannabis avaient évolué puisque le recourant était actuellement abstinent pour ces trois substances, étant précisé que les quelques consommations ponctuelles de cannabis et de cocaïne n'étaient pas significatives et ne répondaient pas aux critères diagnostiques d'utilisation continue ou épisodique. Les prises d'urine des trois derniers mois attestaient de l'abstinence et du changement considérable dans le mode de consommation. Le diagnostic de trouble psychotique à type schizophrénie paranoïde chronique évoluait de façon indépendante de la problématique addictologique. En effet, malgré le changement favorable dans le mode de consommation du recourant, la schizophrénie persistait et évoluait sur un mode chronique. Les difficultés sociales témoignaient des limitations fonctionnelles du recourant et faisaient partie intégrante du tableau du trouble psychotique chronique, lequel entravait considérablement le fonctionnement du recourant. S'agissant du traitement, il n'avait pas été changé mais adapté. Depuis le séjour en milieu hospitalier de janvier 2013, le recourant bénéficiait d'une association de deux antipsychotiques à haut dosage, dont la posologie était augmentée à chaque décompensation.
29. Le 13 avril 2015, l'intimé a également persisté. Étaient joints à cette écriture la demande d'expertise adressée au Dr F_____, démontrant que le dossier médical de l'intimé avait été transmis, et une appréciation du 2 mars 2015 du docteur K_____, médecin auprès du SMR. Celui-ci a considéré que les contrôles urinaires

montraient une persistance de nombreuses prises ponctuelles de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une abstinence totale et durable. En outre, les lettres de sortie relatives aux hospitalisations de mars et octobre 2014 faisaient état d'une bonne évolution lors du sevrage et les signes psychotiques relatés à l'entrée n'étaient plus signalés lors la sortie, de sorte qu'il était permis de penser que lorsque le recourant était sevré de toxiques, les symptômes psychotiques disparaissaient, ce qui allait dans le sens des conclusions de l'expert. S'agissant du diagnostic de schizophrénie, on ne retrouvait aucun des signes d'une telle atteinte dans la description de l'état psychique. Aucune désorganisation de la pensée, d'attitude d'écoute pouvant faire suspecter l'existence d'hallucinations auditives ni de signe négatif n'étaient relevés. Il était même fait mention d'une nette amélioration de la symptomatologie persécutoire et hallucinatoire après la sortie de l'hôpital. À l'évidence, les symptômes psychotiques étaient en lien avec la consommation de toxique et s'amendaient complètement lors des différents sevrages. Ils ne pouvaient pas être en relation avec un diagnostic de schizophrénie.

30. Par courrier du 29 janvier 2016, le mandataire du recourant a informé la chambre de céans que la situation de son client s'était aggravée, qu'il avait dû être hospitalisé et qu'une intégration dans un foyer devait être envisagée.
31. En date du 20 avril 2016, la Dresse I_____ a signalé à la chambre de céans la dégradation de la situation clinique et sociale du recourant. Elle a notamment souligné que son patient peinait à répondre aux exigences d'un travail encadré aux ateliers Trajets, en dépit de ses efforts. Sa gestion des finances était problématique et il négligeait souvent son alimentation, son hygiène personnelle et son lieu de vie. L'intégration d'un foyer était devenue nécessaire.
32. Le 26 mai 2016, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a impartit un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui poser.
33. Après avoir recueilli les prises de positions respectives des parties, la chambre de céans a, en date du 13 juin 2016 (ATAS/455/2016) ordonné l'expertise psychiatrique du recourant, aux fins d'évaluer son état psychique et pour établir s'il existe des limitations de la capacité de travail et, le cas échéant, des possibilités de traitement ou de réadaptation, et désigné à cette fin le Dr L_____.
34. L'expert a rendu son rapport en date du 11 novembre 2016. Il se fonde sur l'étude du dossier, l'examen clinique de l'expertisé, effectué les 14 et 22 septembre, 5 et 27 octobre 2016 pour une durée totale de 4 heures, un contact téléphonique avec les thérapeutes de l'assuré, soit son psychiatre et le psychologue qui le suit à la Fondation Phénix, ainsi que sur une analyse de laboratoire demandé par l'expert, pour le dosage des médicaments prescrits. Après un résumé très détaillé du dossier et notamment des pièces médicales qui le composent, l'expert a dressé une anamnèse psychosociale très détaillée de l'expertisé et, relevé les antécédents

psychiatriques familiaux et personnels, ainsi que l'historique de l'affection actuelle. Il a également fait l'inventaire des plaintes actuelles de l'expertisé, spontanées ou sur demande, dans le cadre de l'anamnèse psychiatrique systématique, et relevé ensuite en détail les constatations objectives que l'expert a pu faire lors du status psychiatrique. Il a ensuite procédé à une analyse minutieuse du cas, dans le cadre de la discussion, et enfin répondu à toutes les questions qui lui étaient posées, dans le cadre de sa mission : il a retenu les diagnostics suivants, selon la classification internationale CIM 10, précisant entre parenthèses la date probable d'apparition et le degré de gravité : troubles mixtes de la personnalité F61, avec traits émotionnellement labiles, évitants, dépendants et paranoïaques (depuis l'adolescence, grave) ; autres troubles psychotiques non organiques F28, (depuis 2010, moyen) ; dépendance à la cocaïne, usage épisodique FG14.26 (depuis 2012, moyen) ; jeu pathologique F63 (depuis 2012, moyen) ; dépendance aux opiacés, actuellement abstinent mais en milieu protégé F11.21 (depuis 2003, moyen) ; dépendance au cannabis, actuellement abstinent mais en milieu protégé F12.21 (depuis l'adolescence, moyen) ; dysthymie F34.1 (depuis plusieurs années, difficile à préciser, degré de gravité faible à moyen). Chacun de ces diagnostics avait été discuté préalablement. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des avis des autres médecins ayant eu à connaître de ce cas, soit tant l'expert F_____ que les médecins traitants. Le Dr F_____ ne mentionne pas le diagnostic de trouble de la personnalité, mais ne retient que des traits accentués de la personnalité n'atteignant pas, selon lui, le degré d'un véritable trouble clinique. Cette appréciation n'évalue pas à sa juste valeur la gravité des dysfonctionnements récurrents liés à la personnalité relevés en détails dans la partie clinique par le Dr L_____. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir les diagnostics de schizophrénie paranoïde, et de trouble schizo-affectif retenus lors de certaines hospitalisations. Il a également réfuté l'opinion de l'expert précédent selon laquelle les symptômes psychotiques mis en évidence chez l'expertisé seraient exclusivement dus à la consommation de substances. La survenue de symptômes psychotiques exclusivement lors de la prise de substances n'est pas établie : elle est niée aussi bien par les médecins traitants que par l'expertisé, ce qui accrédité par la persistance de tels symptômes alors que l'intéressé ne consomme pas depuis plusieurs semaines ou mois – ce qui est attesté par les analyses laboratoire ordonnées par l'expert. Il a également conclu qu'il y avait probablement eu une aggravation, documentée depuis 2010, due à l'apparition de symptômes psychotiques venus s'ajouter aux autres dysfonctionnements déjà présents depuis l'adolescence, liées au trouble de la personnalité et aux abus de substances. Il a également affirmé qu'il est certain que la fragilité de la personnalité, avec notamment la vulnérabilité de l'estime de soi et anxiété sociale majeure qui la caractérise depuis l'adolescence a favorisé la survenue de la toxicomanie. Celle-ci est apparue comme un « antidépresseur » un facilitateur des relations sociales, mais ces effets à court terme ont été vite compensés par des effets négatifs durables. Il a également indiqué que le trouble psychotique est en partie secondaire à la

toxicomanie, que le traitement actuellement suivi est intensif et adéquat, l'expert ayant par ailleurs proposé quelques aménagements dans la discussion du cas. Actuellement et selon l'anamnèse, le recourant ne consomme plus de produits toxiques, ce qui est confirmé par les dosages effectués par le centre thérapeutique, ceci depuis un peu moins d'une année. Les limitations fonctionnelles décrites et motivées dans la discussion entraînent une incapacité de travail totale sur le marché du travail, et cela depuis octobre 2010, date de l'apparition documentée des troubles psychotiques, lors de la seconde hospitalisation. En tenant compte de l'importance des limitations fonctionnelles de toutes sortes, l'expert est d'accord avec le psychiatre traitant pour estimer qu'actuellement et probablement depuis octobre 2010 l'expertisé n'est pas en mesure d'assumer un emploi sur le marché du travail avec ce que cela implique de régularité sur la durée et de rendement. Si l'on devait exclure l'abus de substances, l'incapacité de travail serait d'au moins 70%. Une activité lucrative ne paraît pas raisonnablement exigible. Le pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative est mauvais, du moins dans un avenir prévisible au vu de la gravité de la pathologie et de l'évolution à ce jour. La capacité de travail ne peut selon toute vraisemblance pas être améliorée par des mesures médicales.

35. La chambre de céans a invité les parties à se prononcer sur cette expertise et ses conclusions.
36. Le recourant s'est exprimé par la plume de son conseil, le 6 décembre 2016 : il a souligné les caractéristiques de cet expertise et a notamment observé que l'expert s'était écarté des conclusions de l'expert précédent, de façon motivée, ses conclusions étant basées sur la gravité des troubles constatés. Il a relevé que les examens réalisés avaient permis de constater l'abstinence du recourant, étant souligné que celle-ci n'a pas modifié la capacité de travail de ce dernier. Il a rappelé que l'expert avait conclu à l'incapacité totale de travail du recourant, au moins depuis 2010, cette incapacité s'expliquant en particulier par le trouble sévère de la personnalité avec symptômes psychotiques persistants, et que, compte tenu de l'état de santé de l'expertisé, aucune activité lucrative sur le marché du travail n'était raisonnablement exigible, l'état du recourant laissant envisager le placement en foyer, après le séjour au CRMT, afin de maintenir l'encadrement thérapeutique social nécessaire, même pour les « fonctions de base » de la vie quotidienne. Dans ce contexte il a également rappelé que l'intéressé avait été mis sous curatelle. Fort de quoi il a persisté dans les termes de son recours et conclu en particulier à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2011.
37. L'intimé s'est pour sa part déterminé le 7 décembre 2016 : le rapport d'expertise avait été soumis au SMR, pour appréciation. Il a annexé à son courrier l'avis médical du SMR, précisant qu'il se ralliait à ses conclusions. Selon cet avis du 25 novembre 2016, le SMR retient que l'expert explique que l'assuré est maintenant abstinent (contrôles urinaires négatifs à l'appui). L'assuré présente un trouble de la personnalité gravement décompensé, un trouble psychotique, une dysthymie et plusieurs dépendances. Il atteste une incapacité de travail totale dans le monde de

l'économie et qu'une activité n'est possible qu'en atelier protégé. À lecture de ce rapport d'expertise, on constate que l'assuré étant maintenant abstinent depuis un certain temps, cela permet une évaluation plus précise des diagnostics et de leurs conséquences, en particulier en ce qui concerne le trouble de la personnalité et le trouble psychotique. En conclusion le SMR recommande de s'en tenir aux conclusions de l'expertise et considérer que la capacité de travail est nulle pour toute activité, depuis l'aggravation de 2010.

38. Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. S'agissant de la compétence de la chambre de céans est de la recevabilité du recours, ces questions ont déjà été traitées dans le cadre de l'ordonnance motivée d'expertise (ATAS/455/2016) de sorte qu'il n'y sera pas revenu.
2. Il en va d'ailleurs de même du premier grief invoqué par le recourant, soit la violation de ses droits de procédure, considérant que l'intimé n'avait pas donné suite à sa demande de récusation et aurait dû rendre une décision incidente. Ce grief a donc été rejeté, pour les motifs retenus dans la décision susmentionnée.
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). 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 (al. 2).
5. 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). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance de l'assuré constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3). 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_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

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 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

6. a. Pour pouvoir déterminer s'il y a invalidité et en calculer le degré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

7. Aux termes de l'art. 28 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent

cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

9. En l'espèce, et au vu des principes rappelés ci-dessus, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr L_____, spécialiste reconnu, est fondé sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, l'expert aboutissant à des résultats convaincants, aucun indice concret ne permettant de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Ainsi l'expert conclut-il, p. 31 lettre m de son rapport, que les limitations fonctionnelles décrites et motivées dans la discussion entraînent une incapacité de travail totale sur le marché du travail, et cela depuis octobre 2010, date de l'apparition documentée des troubles psychotiques. Si l'on devait exclure l'abus de substances, l'incapacité de travail est au moins de 70%.

La chambre de céans n'a dès leur aucun motif de s'écarter de ces conclusions, ce rapport ayant pleine valeur probante, et réunissant toutes les conditions fixées par la jurisprudence à cet égard.

Du reste, tant le recourant que l'intimé arrivent à la même conclusion.

Ainsi, la chambre de céans retient que le recourant est totalement incapable de travailler, dans toute activité, depuis octobre 2010.

Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI du 29 octobre 2014 doit donc être annulée en tant qu'elle refuse toute prestation au recourant.

10. Dans son recours, comme dans ses dernières conclusions, le recourant a conclu à ce que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2011. Il perd toutefois de vue que le délai d'attente d'une année selon l'art. 28 LAI a commencé à courir, à teneur des conclusions de l'expert, dès octobre 2010, de sorte que le droit à la rente est donné dès octobre 2011, et non pas déjà, comme il le soutient, en application de l'art. 29 LAI, dès l'échéance du délai de 6 mois dès le dépôt de sa demande en février 2011.
11. Le recours sera donc ainsi partiellement admis.
12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 29 octobre 2014.
4. Dit que Monsieur A_____ a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} octobre 2011.
5. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 2'500.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Met un émolument de CHF 300.- 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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