

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3872/2008

ATAS/156/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 17 février 2010

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1956, a effectué un apprentissage de cuisinier et obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC). Par la suite, il a travaillé de façon irrégulière. En dernier lieu, il était engagé à partir du 1^{er} septembre 2000 en tant que cuisinier au café-restaurant "Pied de Cochon". Son salaire aurait été de 4'500 fr. en 2006, selon les déclarations de l'employeur du 19 avril 2006. Le contrat de travail a été résilié pour le 30 juin 2004.
2. Du 14 août au 11 novembre 2003, incapacité totale de travail de l'intéressé est attestée. Sa capacité de travail était de 50 % du 1^{er} décembre 2003 au 31 janvier 2004, de 100 % du 1^{er} février au 30 avril 2004 et de 50 % en mai 2004.
3. Selon le rapport du 5 juin 2003 du Dr L_____, neurologue, le patient est actuellement au bénéfice d'une substitution de méthadone. Il présente depuis plusieurs mois une symptomatologie fluctuante de crampes diffuses des mains, des pieds, des cuisses, du dos mais également de la gorge et de la nuque, essentiellement en fin de journée et lorsqu'il est alité. Les crampes sont particulièrement douloureuses et l'obligent à se lever et à masser le muscle en question. La prise de magnésium a permis dans un premier temps de soulager les crampes. Celles-ci ont toutefois augmenté en intensité ces derniers temps. Le Dr L_____ mentionne également que le patient est connu pour une hépatite C. L'examen neurologique est actuellement dans les limites de la norme, ainsi que l'électroneuromyographie (ENMG) qui ne montre aucun signe en faveur d'une atteinte du système nerveux périphérique ou musculaire. L'origine des crampes reste ainsi incertaine. Ce médecin émet l'hypothèse que la survenue élective des crampes en fin de journée est éventuellement en rapport avec une baisse du taux sanguin de méthadone et correspond ainsi à un symptôme de sevrage.
4. Selon le rapport médical du 23 octobre 2003 de la Dresse M_____, interniste à la Fondation PHENIX, le patient souffre d'un état dépressif majeur, de sévérité moyenne. Il est en traitement de substitution à la méthadone. Il suit par ailleurs un traitement antidépresseur. Enfin, il est en cours d'investigation pour un problème ORL.
5. En avril 2004, l'intéressé est examiné par le Dr N_____, psychiatre, à la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur. Dans son rapport du 24 mai 2004, ce médecin indique que l'expertisé est un ancien toxicomane à l'héroïne. Il a commencé à se droguer dès l'âge de 30 ans jusqu'à 47 ans environ. Depuis un an et demi, il suit un traitement substitutif de méthadone auprès de la Dresse M_____. Il prend par ailleurs une médication pour les troubles du sommeil et un état dépressif. Dès le 14 août 2003, il est mis en

arrêt de travail. L'évolution est favorable, mais une reprise à 50 % dès le 11 novembre 2003 échoue rapidement. Dans l'anamnèse, il est mentionné que la mère de l'assuré décède d'une leucémie à l'âge de 36 ans, alors qu'il est âgé de 12 ans. Deux de ses frères sont toxicomanes. L'un de ses frères décède à l'âge de 20 ans d'une overdose. Après avoir terminé son apprentissage de cuisinier, l'expertisé travaille pendant quelques années. Puis, il commence à voyager en Asie et en Espagne. Lors d'un voyage en Asie, il souffre d'une grave diphtérie. En 2000, il présente une pancréatite. Le Dr N_____ diagnostique une dysthymie et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées. La capacité de travail est de 50 % dès le 1^{er} mai 2004 et de 100 % à compter du 1^{er} juillet 2004.

6. L'intéressé est au bénéfice d'indemnités de chômage à partir du 1^{er} juillet 2004.
7. Le 28 avril 2005, il est soumis à un examen neuropsychologique par Mme C_____, psychologue. Elle mentionne qu'il suit une cure de méthadone et qu'il est dépendant de benzodiazépines. Dans ses plaintes, elle relève une nette diminution de ses capacités mnésiques depuis environ deux ans (oublis des rendez-vous, du contenu de ses lectures, des conversations, des commandes des repas à préparer). Il est aussi moins efficace dans la réalisation de ses tâches professionnelles. Il exprime le souhait d'entreprendre les démarches nécessaires pour faire une demande de prestations d'invalidité. Sur le plan somatique, il se plaint de troubles de l'équilibre, de vertiges et de crampes aux membres supérieurs rendant difficiles la manipulation des ustensiles de cuisine dans son travail. A cela s'ajoutent des troubles du sommeil. Au niveau thymique, le patient décrit une humeur actuellement stable. La conclusion de la psychologue est la suivante :

"L'examen neuropsychologique réalisé auprès de ce patient collaborant, adéquat, met en évidence au premier plan des troubles attentionnels importants, caractérisés par un ralentissement dans les épreuves évaluant la vitesse de traitement de l'information et par une fluctuation attentionnelle. Associé à ces déficits, nous relevons un léger dysfonctionnement exécutif (difficultés de flexibilité mentale et de programmation) ainsi que des difficultés mnésiques se manifestant dans le maintien à long terme d'une information verbale. Les autres sphères cognitives évaluées (orientation spatiale, langage, calcul, gnosies visuelles, praxies gestuelles et constructives, mémoire de travail) sont globalement préservées. Ce tableau neuro-psychologique évoque un dysfonctionnement sous-cortico-frontal, compatible avec une consommation chronique d'opiacées. Relevons par ailleurs que le traitement actuel (benzodiazépines et méthadone) peut contribuer à la

symptomatologie cognitive relevée et en particulier aux difficultés attentionnelles.

Sur le plan psychosocial, les troubles neuropsychologiques mis en évidence sont susceptibles d'affecter les performances du patient dans son activité professionnelle actuelle, et peuvent notamment diminuer son rendement. Néanmoins, compte tenu des capacités cognitives préservées, nous ne retenons pas de contre-indications, sur le plan neuropsychologique, à une réorientation professionnelle. En effet, le profil cognitif du patient serait compatible avec une activité à temps partiel à condition que les tâches impliquées ne sollicitent que peu les aptitudes attentionnelles et mnésiques."

8. A la demande de la Fondation Phoenix, l'intéressé est évalué sur le plan psychiatrique par la Dresse 0 _____, psychiatre, en juin 2005. Dans son rapport du 10 septembre 2005, ce médecin note dans l'anamnèse, en plus des faits déjà évoqués par le Dr N _____, que l'assuré dit avoir souffert d'un père autoritaire et violent physiquement. Ce père est décédé en 2004 d'un cancer du pancréas. Sa seconde femme a refusé au patient, à son frère et à sa sœur de connaître le lieu et la date de l'ensevelissement de leur père. Le deuil de son frère décédé d'une overdose était difficile. Le patient se prépare à une autre perte, celle de son frère aîné, ancien toxicomane. Pendant ses voyages, l'assuré ne touchait pas à la drogue. Il a toutefois été arrêté à Bali où il séjournera trois ans en prison pour avoir possédé 4 gr. de haschich. Les retours en Suisse sont de plus en plus mal vécus à travers la difficulté de trouver un emploi temporaire en tant que cuisinier. Lors de ces retours, il rechute aux opiacées. En 2001, son amie le quitte, après huit ans de vie commune avec le projet d'avoir un enfant. A cette époque, il commence à baisser progressivement la méthadone, baisse qu'il compense par la consommation de bières (à la date de l'évaluation un litre par jour). Il souffre d'une hépatite B et C pour laquelle il refuse un traitement par Interféron. Il se plaint beaucoup de douleurs dans les bras et les jambes qu'il attribue aux séquelles d'une diphtérie. Il rejette l'hypothèse d'une polynévrite alcoolique. Son incapacité de travail est essentiellement provoquée par son incapacité de mémoriser les commandes en cuisine et sa difficulté de s'organiser pour préparer les repas. Cela a provoqué son licenciement. La Dresse 0 _____ pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère, de personnalité dépendante, de troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacées et de dépendance à l'alcool. La perte de son amie en 2002 a provoqué un état dépressif sur fond de dépendance affective et deuil non fait. Cette perte a ravivé d'autres deuils incomplets, à savoir celui de sa mère, de son frère et de son père. Il ne peut être exclu que la dépression soit consécutive à la baisse du traitement de méthadone. La Dresse 0 _____ préconise une observation dans un centre de l'assurance-invalidité, afin d'évaluer dans quelle mesure les

troubles dépressifs empêchent l'assuré de travailler comme cuisinier. En théorie, l'augmentation de la méthadone améliorerait sa dépression.

9. Par demande reçue le 3 avril 2006, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
10. Dans son rapport du 18 mai 2006, la Dresse M_____ émet les diagnostics d'épisode dépressif sévère, de personnalité dépendante, de troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacées, de difficultés attentionnelles et de ralentissements psychomoteurs importants. L'état s'aggrave et la capacité de travail ne pourrait pas être améliorée par des mesures médicales. La capacité de travail est réduite à 50 % à partir de décembre 2005, puis à 100 % dès janvier 2006. Elle mentionne dans son rapport que le patient parvenait à maintenir une abstinence pendant ses voyages et a rechuté dans l'héroïne à partir du moment où il s'est installé en Suisse de manière durable en 2000. Depuis mai 2000, il est suivi à la Fondation Phoenix avec une interruption entre juillet 2001 et novembre 2002, période pendant laquelle il est reparti en voyages. Il se montre très compliant. Sur le plan psychique, son état dépressif reste stationnaire et il est difficile d'évaluer la part que ce trouble joue dans son incapacité de travailler. Sur le plan physique, il ne peut plus travailler dans son métier de cuisinier, à cause des crampes dans les bras, les pertes de sensations, les difficultés d'attention et de mémoire. Son organisme a subi d'importantes atteintes (graves diphtéries à 21 ans, importantes maltraitements pendant l'emprisonnement de trois ans à Bali, avec bastonnades, tabassages, conditions de vie insalubres, sol de la cellule recouvert d'eau pendant des jours, une pancréatite due à une ancienne dépendance à l'alcool). L'état psychique et son organisme sont usés et affaiblis et ne lui permettent plus de reprendre son métier de cuisinier. La Dresse M_____ préconise également une observation et une évaluation des capacités actuelles du patient, en vue d'une réorientation professionnelle.
11. En février 2008, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr P_____, psychiatre. Dans son rapport du 14 mars 2008, ce médecin émet les diagnostics de fond dysthymique, de dépendance aux opiacées en rémission, sous traitement de substitution à la méthadone, de dépendance à l'alcool, de personnalité décompensée et d'inadaptation socio-professionnelle avec isolement affectif et marginalisation. A cet égard, l'expert précise notamment ce qui suit :

"L'élément qui paraît ici important dans l'histoire du sujet est clairement le trouble de la personnalité. Il existe d'une part un fonctionnement dit "limite" et probablement quelques traits sociopathiques. M. B_____ a eu un parcours de vie passablement perturbé, ne se remet jamais en question, ni exprime

aucune culpabilité face à certains de ses actes, de ses comportements qu'il banalise. Manifestement, il arrange les règles de la société, les lois en fonction de ses propres besoins. Ce trouble de la personnalité semble bien "ancré" mais ne paraît pas plus "décompensé" aujourd'hui qu'hier."

Concernant la capacité de travail, l'expert relève que l'assuré n'a jamais souhaité une activité lucrative sur la durée, depuis la fin de l'adolescence. Il a mené une existence marginale, faisant beaucoup de voyages et les interrompant uniquement en raison de contraintes financières et de santé. Dès lors, il n'est guère surprenant qu'il ait beaucoup de difficultés, voire une incapacité à s'insérer sur la durée dans le monde du travail. Il mène une existence parasitaire depuis longtemps. Toutefois, il présente manifestement un vieillissement physique précoce, conséquence de ses années d'errance, d'éthylisme et cela a un impact sur sa résistance physique et sa capacité de travail. Le Dr P_____ estime judicieux d'évaluer cette composante de manière précise. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail est diminuée de 30 % environ. Des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas indiquées, en l'absence de demande motivée dans ce sens et au vu la personnalité de l'assuré.

12. Le 29 mai 2008, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr Q_____, interniste. Dans son rapport du 4 juin 2008, l'expert note que l'assuré se dit incapable d'assumer une activité professionnelle en raison d'un sentiment de faiblesse, d'une fatigue constante avec des accès de somnolence diurne. Il se plaint également d'un sentiment de brûlure dans les jambes, survenant à l'effort, de crampes du mollet droit, une à deux fois par mois, généralement la nuit. Il se plaint aussi de troubles de la mémoire. Il exprime le souhait d'obtenir une rente, avec laquelle il pourra vivre dans de bonnes conditions en Asie, où il se sent beaucoup mieux. Au status clinique, l'expert note une bonne capacité d'attention et de concentration, sans clair ralentissement psychomoteur. Au status ostéo-articulaire, le Dr Q_____ met en évidence, comme seule anomalie, une douleur à la palpation de la péri-hanche gauche. Il y a également des douleurs évoquées à la palpation du tenseur du fascia lata gauche. L'abduction contrariée de la hanche est douloureuse et légèrement limitée. Les diagnostics de l'expert avec répercussion sur la capacité de travail sont une dépendance aux opiacées, en rémission sous traitement de méthadone, et une dépendance à l'alcool. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il cite une hépatite C chronique, une bursite périrochantérienne gauche, une incontinence d'urgence mictionnelle et une dyshidrose palmaire. Objectivement, l'état général est légèrement diminué. Les problèmes de crampes sont réglés à peu près à satisfaction avec la prise de magnésium. Quant à l'ancienne hépatite B, il semble qu'elle soit guérie. L'hépatite C chronique n'est pas traitée et les tests

hépatiques sont au double de la norme. Cliniquement, il n'y a pas de signe d'insuffisance hépatique et pas d'atteintes neuropathiques. La bursite périrochantérienne gauche est peu handicapante et pourrait être traitée efficacement par une infiltration locale et une prise en charge physiothérapeutique. L'expert relève en outre ce qui suit :

"Du point de vue somatique, les doléances multiples ainsi que la réalité d'un état général diminué ne permettent pas d'envisager, chez cet assuré qui a fonctionné sur un mode antisocial depuis de nombreuses années, une vie professionnelle, tout au moins avec une exigence de rentabilité exigée par le monde du travail ordinaire.

Toutefois, il me semble possible d'imaginer une activité dans le cadre d'un travail intermédiaire par exemple au sein d'une entreprise à vocation d'aide à la réinsertion avec exigence de rentabilité en-dessous des normes usuelles du marché de l'emploi. En qualité de cuisinier, on pourrait partir du principe d'une diminution de rendement de 30 %.

L'assuré a cependant tiré un trait définitif sur toute perspective professionnelle. Il ne présente aucune motivation pour un reclassement dans une activité adaptée et de telles mesures sont vraisemblablement vouées à l'échec. L'assuré finalement ne désire qu'une seule chose, à savoir une rente qui lui permette de quitter la Suisse et de s'installer en Inde. (...)"

Dans les limitations au plan physique, le Dr Q_____ retient des difficultés à soutenir des efforts répétitifs des membres supérieurs, à porter régulièrement des charges excédant dix kilos et à supporter la position debout plus de deux heures consécutives. La baisse de tolérance aux charges et la station debout de longue durée limite vraisemblablement la capacité de travail dans l'activité de cuisinier à 30 %.

13. Dans son rapport du 27 juin 2008, le Dr R_____, rhumatologue, relève ce qui suit :

"Le tableau clinique est mixte avec des douleurs à la palpation des muscles de la péri-hanche et à la rotation externe contrariée des hanches, pouvant correspondre à une tendino-bursite trochantérienne bilatérale. Il y a aussi des signes cliniques et radiologiques en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire de type CAN. Pour les douleurs musculaires, j'ai renoncé à une infiltration para-tronchantérienne de corticostéroïdes, puisque l'anamnèse révèle la présence d'une hépatite B chronique. Dans cette situation,

les corticostéroïdes risquent d'activer l'hépatite virale. Je lui ai donc prescrit des séances de physiothérapie. Si c'était un échec, je suis d'accord de faire une infiltration de corticostéroïdes, pour autant que le médecin s'occupant de l'hépatite B me donne son accord.
(...)"

14. Dans son avis médical du 3 juillet 2008, le Dr S_____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) estime que la capacité de travail est de 70 % en tant que cuisinier, ainsi que dans toute autre activité adaptée.
15. Le 10 juillet 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI) détermine le degré d'invalidité de l'assuré à 31,5 %. Dans la comparaison des salaires, il ne tient pas compte d'une réduction des salaires statistiques pris en considération pour le salaire avec invalidité.
16. Le 17 juillet 2008, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser les prestations.
17. Par courriers des 30 juillet et 15 septembre 2008, l'assuré s'oppose à ce projet. Il précise que, lors de son hospitalisation à l'Hôpital de Moutier en 1980 en raison d'une diphtérie, le Dr T_____ l'avait averti que, dans le futur, il ressentirait des séquelles, telles qu'insensibilité aux extrémités, sensation de perte d'équilibre et crampes et que ces séquelles allaient se compliquer au fil des années, surtout à partir de la cinquantaine. A l'appui de ses dires, l'assuré produit un certain nombre de rapports qui sont résumés dans ce qui suit :
 - Selon le rapport du 27 mai 1980 de l'Hôpital de Moutier, l'assuré y était hospitalisé du 19 avril au 24 mai 1980. Les médecins posent notamment le diagnostic de polynévrite post-diphtérique.
 - Dans son rapport du 4 mai 1981 à l'attention de la Commission des visites sanitaires de l'armée, le Dr U_____ du Centre psychosocial neuchâtelois note que, par l'éclatement de la famille, le décès précoce de la mère et l'absence d'une figure parentale solide à côté du père, le patient a une identité fragile et peu structurée, de sorte qu'il est vraisemblablement mal équipé pour la vie en collectivité et la discipline de l'armée.
 - Selon le rapport du 8 septembre 1998 de la Clinique de chirurgie digestive des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré y a été hospitalisé du 10 au 25 août 1998 en raison d'une pancréatite aiguë nécrosante. Un status après hépatite C est également diagnostiqué.

18. Le 11 septembre 2008, M. D_____ informe l'OAI que l'assuré a travaillé sous ses ordres du 1^{er} janvier 2000 au 30 juin 2004. Il a alors pu constater la qualité et la productivité de son travail. Jusqu'à fin 2002, son travail était très satisfaisant en productivité et excellent en qualité. A partir de 2003, il a constaté les premières défaillances physiques, se traduisant au début par des crampes dans les doigts qui l'empêchaient (recte l'amenaient) de lâcher l'objet, tel que couteau, éplucheur, etc..., ainsi que tous instruments demandant une pression constante sur une certaine durée. A la pause, il arrivait de plus en plus fréquemment que l'assuré montre le besoin de se lever, ressentant des crampes dans les membres inférieurs. Cette situation a commencé à interférer sur son rendement. L'assuré a demandé par ailleurs l'autorisation au chef du personnel de pouvoir travailler en T-shirt, en raison des sudations de plus en plus fréquentes et importantes qui lui donnaient continuellement l'impression de ne plus pouvoir satisfaire aux règles d'hygiène les plus élémentaires pour un cuisinier. L'assuré commençait également à manquer de plus en plus régulièrement. Puis, il a eu des pertes de mémoire. La direction a ainsi pris la décision de le licencier.
19. Par avis médical du 29 septembre 2008, le Dr S_____ se détermine sur les nouveaux rapports et courriers reçus concernant l'assuré. Il relève que le Dr Q_____ a procédé à un examen neurologique détaillé des membres supérieurs et inférieurs. Ses constatations permettent d'exclure avec certitude l'existence d'une polynévrite, diagnostic qu'il avait envisagé dans son expertise. Quant au rapport du Dr R_____ du 27 juin 2008, ses constatations rejoignent celles du Dr Q_____. En ce que le Dr R_____ a décrit une ostéophytose assez importante de la tête et du col fémoral des deux hanches, sur la base d'une radiographie du bassin, cette interprétation ne correspond pas à celle du spécialiste en radiologie qui a fait une radiographie du bassin de face le 23 mai 2008 et qui parle de discrets troubles dégénératifs à droite. Une périarthrite de la hanche ne constitue par ailleurs pas un motif d'invalidité, pouvant être traitée soit par une infiltration para-trochantérienne de corticostéroïdes, soit par de la physiothérapie. Le Dr S_____ conteste ainsi l'existence d'un conflit fémoro-acétabulaire. Cela étant, il ne voit aucun motif de procéder à une nouvelle expertise neurologique et estime qu'il n'y a pas lieu de modifier les termes de son rapport précédant.
20. Par décision du 30 septembre 2008, l'OAI confirme son projet de décision précitée.
21. Par acte du 28 octobre 2008, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2004, sous suite de dépens. A titre de préalable, il demande qu'une comparution personnelle des parties soit

ordonnée, ainsi qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Il affirme que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Il reproche à l'expertise du Dr P_____ d'avoir été établie sur la base d'un seul entretien et que cet expert n'ait accordé aucune importance à ses plaintes. Il s'étonne par ailleurs que l'expert retienne une tendance à la dramatisation ou à l'amplification des symptômes, alors que les tests psychométriques indiquent une dépression importante, une anxiété élevée et de nombreux symptômes avec des valeurs pathologiques. Le Dr P_____ déclare pourtant également dans son expertise que le recourant ne donne pas le sentiment de vouloir amplifier ou de majorer ses difficultés. Le recourant fait en outre valoir que l'expert n'a pas procédé à un examen neuropsychologique, ne serait-ce que grossier. Il n'a pas tenu compte, sur le plan de la capacité de travail, du diagnostic de trouble décompensé de la personnalité limite voire sociopathique, sous prétexte que ce trouble existe depuis toujours. Il n'a pas non plus précisé sur quels éléments il se fondait pour admettre que la problématique de la dépendance à l'alcool était toujours présente. Il ne tire aucune conclusion de la constatation qu'il présente un vieillissement précoce risquant d'aboutir à une déchéance physique importante avec un impact probable sur la capacité de travail. Le taux de capacité de 70 % retenu par cet expert paraît également arbitraire au recourant, à défaut de motivation. Quant à l'expertise du Dr Q_____, il lui reproche aussi avoir été établie sur la base d'un seul entretien. Il juge totalement incompréhensible que cet expert ait considéré qu'il présentât une bonne capacité d'attention et de concentration sans clair ralentissement psychomoteur, alors que le contraire ressortait d'autres rapports médicaux notamment de l'expertise du Dr P_____. Il estime aussi que les conclusions du Dr Q_____ concernant la capacité de travail sont contradictoires, dans la mesure où il a conclu, dans un premier temps, qu'une activité professionnelle n'était pas envisageable, puisque seule une activité protégée serait possible hors du marché économique normal et enfin, que l'activité précédente de cuisinier n'était limitée que de 30 %, sans parler d'une activité adaptée qui serait aussi envisageable à plus de 50 %. Le Dr Q_____ n'explique pas quelles sont les causes des restrictions constatées, puisqu'il ne retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail qu'une dépendance aux opiacées et à l'alcool, sans aucun autre trouble organique identifié. Il n'a pas non plus motivé la dépendance à l'alcool. A cet égard, le recourant conteste ce diagnostic. On ignore pourquoi le Dr Q_____ a retenu un taux de capacité de travail de 70 %. Le recourant reproche aussi à l'expert une partialité, dans la mesure où il a fait état de ce que le recourant souhaitait obtenir une rente d'invalidité pour partir en Asie. Enfin, il fait valoir qu'il y a lieu de cumuler les taux d'incapacité de travail retenus sur le plan psychique et physique. A l'appui de ses dires, le recourant produit par ailleurs d'autres rapports médicaux qui seront cités dans ce qui suit.

22. Dans son rapport du 5 novembre 2008, Dr V _____, neurologue, relève ce qui suit :

"L'ensemble de son histoire permet probablement de retenir un syndrome de Guillain-Barré dont il aurait souffert en Inde en 1980, ce qui avait motivé son retour en urgence à l'Hôpital de Moutier. L'examen neurologique avec disparition des réflexes et dissociation albumino-cytologique à l'examen du LCR tend à confirmer ce diagnostic.

Aujourd'hui, l'examen neurologique permet de retrouver les réflexes aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

L'anamnèse neurologique de ce jour et les dysesthésies au niveau des orteils orientent vers la possibilité d'une polyneuropathie des membres inférieurs qui reste probablement discrète et qui ne perturbe pas sa marche".

23. La Dresse W _____ a effectué une nouvelle ENMG. Dans son rapport du 27 novembre 2008, elle explique le résultat de cet examen comme suit :

"Les résultats de l'examen électro-neuromyographique ne montrent pas d'atteinte de la neurographie sensitive aux membres inférieurs et aux membres supérieurs gauches (seul côté étudié) hormis une discrète désynchronisation des réponses sensibles pouvant signer une discrète atteinte myélinique. La neurographie motrice montre un allongement de l'ensemble des latences distales motrices avec conservation des vitesses de conduction et un tracé de dénervation-réinnervation chronique ancienne dans la musculature distale des mains et des jambes.

Ce tableau est compatible avec une polyneuropathie axono-myélinique ancienne, actuellement à prédominance motrice, la composante sensitive se manifestant seulement par des réponses pour la plupart désynchronisées. Les crampes pourraient trouver leur origine dans cette dénervation ancienne."

24. Dans son rapport du 24 novembre 2008, le Dr A _____, psychiatre, et ancien médecin-cadre responsable de deux consultations ambulatoires du Service d'addictologie de Genève (Consultation rue Verte et Consultation du-Nant) fait une anamnèse très détaillée. Le patient dit consommer trois fois par semaine de la bière, mais être abstinent de toute consommation d'héroïne, de cocaïne, de benzodiazépines, de cannabis et de toute autre drogue. Le Dr A _____ retient les diagnostics de troubles mentaux et troubles de

comportement liés à l'utilisation d'opiacée, actuellement régime de maintenance sous surveillance médicale, de personnalité dyssociale et schizoïde, de trouble anxieux et dépressifs mixte, d'hépatites C et B, de status post-diphthérie et post-pancréatite aiguë. Sa conclusion est la suivante :

"Il me paraît tout à fait illusoire de penser que Mr. B_____ puisse dans les années à venir exercer un quelconque emploi lucratif en raison principalement de son trouble de personnalité antisocial, son long parcours de toxicomanie et le cortège des conséquences négatives et son fonds anxio-dépressif larvé. En m'appuyant sur mes nombreuses années d'expérience dans un cadre hospitalo-universitaire genevois, comme psychiatre responsable, je ne pense raisonnablement pas que M. B_____ puisse s'engager prochainement dans le milieu du travail. J'estime que son incapacité de travail est actuellement de 100 % et M. B_____ requiert un suivi psychiatrique régulier avec un spécialiste."

25. Un nouveau bilan neuropsychologique est effectué le 14 novembre 2008. Dans leur rapport du 25 novembre 2008, Mmes E_____ et F_____, psychologues, déclarent que cet examen met en évidence, sur le plan clinique, un ralentissement psychomoteur massif, un débit ralenti de la parole et un flou articulatoire, des troubles modérés affectant les capacités de programmation et de planification, ainsi que les aptitudes de flexibilité mentale. Au niveau mnésique, les scores sont dans les limites inférieures des normes dans l'apprentissage d'un matériel verbal. Les performances sont modérément déficitaires au rappel différé des informations, alors que la reconnaissance à terme est satisfaisante. Elles constatent également un déficit attentionnel se manifestant par des résultats quantitatifs et qualitatifs sévèrement déficitaires dont les tests évaluant la vitesse de traitement de l'information est l'attention sélective sur une longue durée. Le tableau neuropsychologique évoque un dysfonctionnement sous-cortico-frontal, compatible avec une consommation chronique de toxiques. Le déficit attentionnel est sévère, les troubles mnésiques et exécutifs modérés altèrent très vraisemblablement les compétences du patient dans l'exercice d'une activité professionnelle. Enfin, malgré un investissement dans l'exécution du test, le patient présente, outre un important ralentissement, une fatigabilité entraînant une diminution du rendement exigible.
26. Dans son rapport du 8 décembre 2008, la Dresse M_____ fait notamment état de ce que les crampes musculaires et les troubles de la mémoire rendent l'exercice de la profession de cuisinier impossible à 100 %. Elle estime par ailleurs que la diminution du rendement de 30 % est sous-estimée par le Dr Q_____. La Dresse M_____ relève en outre que, dans le cadre de l'expertise de ce dernier médecin, les examens de sang

parlent plutôt contre une consommation d'alcool excessive, de sorte que le diagnostic d'une dépendance actuelle à l'alcool a été retenue à tort. Enfin, elle considère que les projets ou désirs du patient, s'il obtient une rente d'invalidité, ne doivent pas interférer avec l'appréciation de la capacité de travail par l'expert.

27. Le 5 janvier 2009, le Dr S_____ se détermine sur les nouveaux rapports produits dans le cadre du recours. Il relève notamment que le Dr A_____ doit être considéré comme un médecin traitant dont l'engagement par rapport à son patient est moins neutre. Il y a dès lors lieu de donner la préférence à l'évaluation du Dr P_____. Concernant l'examen neuropsychologique du 25 novembre 2008, le Dr S_____ fait observer que le Dr P_____ a déjà tenu compte du rapport neuropsychologique du 28 mai 2005 de Mme E_____. Le médecin du SMR constate par ailleurs que deux experts se sont prononcés en faveur d'une dépendance à l'alcool. Vraisemblablement, les troubles cognitifs et les crampes musculaires s'amélioreraient grandement en cas d'abstinence de l'alcool. Or, une telle abstinence reste exigible et permettrait à l'assuré d'améliorer son fonctionnement.
28. Dans sa détermination du 15 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en considérant que le recourant n'a apporté aucun élément probant susceptible de remettre en cause les expertises réalisées, l'appréciation différente par les médecins traitants étant insuffisante pour les contredire.
29. A la demande du Tribunal de céans, le Dr V_____ l'informe le 15 avril 2009 que la fatigabilité et l'intolérance à l'effort peuvent s'expliquer partiellement par la dépendance du patient aux opiacées, en rémission sous traitement de méthadone, et également par sa dépendance à l'alcool imparfaitement incontrôlée. Les crampes peuvent être expliquées par une polyneuropathie qui est cependant peu marquée. La capacité de travail est de 70 % dans une activité adaptée à la tolérance du patient à l'effort et dans un environnement protecteur ne pratiquant pas les normes de rentabilité ordinaires, compte tenu des limitations objectivables. Le Dr V_____ partage par ailleurs le diagnostic retenu par le Dr Q_____, ainsi que son appréciation de la capacité de travail, et estime que l'avis médical du Dr S_____ est pertinent. Une abstinence complète d'alcool pourrait améliorer la symptomatologie et éviter une aggravation de la polyneuropathie. Quant au dysfonctionnement du sous cortico-frontal, il est probablement réversible et pourrait également être amélioré par une abstinence totale d'alcool. Le Dr V_____ ajoute enfin que le recourant est un sujet marginalisé dont la réinsertion sociale et professionnelle sera difficile, mais néanmoins possible avec un suivi médical visant le contrôle de la prise de méthadone et l'abstinence d'alcool.

30. Le 30 avril 2009, le Dr R_____, rhumatologue, se détermine sur l'avis médical du Dr S_____ du SMR du 29 septembre 2008. Il estime que, dans un emploi permettant de changer de position, n'impliquant pas des marches prolongées ni des nombreuses heures en position debout statique, il n'y a pas d'incapacité de travail. Cependant, les douleurs de la tendinobursite trochantérienne peuvent parfois provoquer des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à deux semaines lors des exacerbations des douleurs. Il ne semble pas à ce médecin qu'il y ait une incapacité de travail prolongée. En cas de persistance des douleurs, des investigations complémentaires devraient être effectuées, par exemple une IRM à la recherche de lésions musculaires plus sérieuses.
31. Le 15 mai 2009, le recourant se détermine sur les renseignements communiqués par les Dr V_____ et R_____. Il relève que chacun de ces médecins ne se prononce qu'au regard de sa propre spécialisation et se limite dès lors uniquement à une partie de sa problématique. Le recourant persiste ainsi dans l'intégralité de ses conclusions.
32. Par écritures du 20 mai 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions, en relevant que tant le Dr V_____ que le Dr R_____ rejoignent et adhèrent à l'évaluation médicale par les Drs P_____ et Q_____.
33. Entendu en comparution personnelle des parties le 17 juin 2009, le recourant déclare qu'il ne boit pas tous les jours et jamais plus que 2 à 3 bières par jour. Il ne consomme plus de cannabis du tout. Son conseil précise par ailleurs que son mandant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.
34. Le 18 juin 2009, le recourant produit le certificat médical du 8 juin 2009 de la Dresse M_____, selon lequel son patient présente une aggravation de l'état général, avec une aggravation de la fatigue, une perte de poids (67 kg en 2004 et 59 kg en juin 2009), une aggravation des douleurs des hanches qui deviennent aussi nocturnes malgré un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoires.
35. Le recourant produit à la même date le rapport du 9 juin 2009 du Dr G_____ relatif à une IRM des hanches effectuées la veille. Selon ce rapport, le patient présente une incongruence coxo-fémorale ou conflit fémoro-acétabulaire bilatérale.
36. Par ordonnance du 1^{er} septembre 2009, le Tribunal de céans met en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et commet à ses fins le Dr Philippe ROSSIGNON. Celui-ci ne pouvant accepter le mandat, le Tribunal de céans commet le Dr Roger H_____, psychiatre, avec l'accord des parties, par ordonnance du 25 septembre 2009.

37. Dans son rapport du 20 décembre 2009, le Dr H_____ pose les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, phobie sociale, dysthymie et trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, dépendance aux opiacées, actuellement en régime de substitution par la méthadone, abus d'alcool, utilisation nocive pour la santé et d'abus de cannabis, utilisation nocive pour la santé. Le trouble de la personnalité implique des dysfonctionnements cognitifs, émotionnels et comportementaux associés à une mauvaise estime de soi, parfois un sens déficient de l'identité personnelle. Il provoque de la souffrance et des problèmes psycho-sociaux. Chez l'expertisé, il y a un mélange de traits appartenant à plusieurs pathologies de la personnalité ainsi que des traits évitants (repli social, refus des conflits), perfectionnistes (besoin de bien faire), sociopathiques (refus des règles et normes sociales, problèmes avec l'autorité), schizoïdes (marginalité) et borderline (impulsivité, dépendance). Le trouble de la personnalité fait habituellement le lit d'autres pathologies psychiques, comme les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les abus de substances et les troubles du comportement alimentaire. Depuis le début de l'âge adulte, l'expertisé présente des comorbidités appartenant aux trois premiers groupes. En ce qui concerne le trouble anxieux, l'expert expose qu'il se manifeste avec des symptômes subjectifs et objectifs (tremblements massifs, sudations palmaires). L'anxiété est en partie diffuse et est présente en particulier dans les situations sociales où l'expertisé est exposé à des figures d'autorité, comme dans la situation d'expertise. L'anxiété sociale est bien documentée par les rapports psychiatriques de 1976 et 1981 et persiste à ce jour. La réponse de l'expertisé à son anxiété sociale a été et reste encore actuellement l'évitement des situations anxiogènes, ainsi que le recours à l'alcool et au cannabis comme anxiolytique et stimulant. Ces symptômes correspondent au diagnostic de phobie sociale. L'expert relève à cet égard que les tensions musculaires peuvent être douloureuses dans la phobie sociale et que les crampes douloureuses de l'expertisé pourraient, en partie du moins, être imputées au trouble du tonus musculaire dû à l'anxiété. Il en va de même de la transpiration excessive et du besoin urgent d'uriner. L'expert judiciaire rappelle par ailleurs que tous les psychiatres ont mentionné la présence d'une composante anxieuse et des signes objectifs d'anxiété sont signalés dans les expertises (voix chevrotante et saccadée, tremblements, prise d'alcool avant le rendez-vous). Il est vrai que les médecins n'ont pas retenu le diagnostic du trouble anxieux. L'expert judiciaire pense cependant qu'il est suffisamment documenté dans le dossier et manifeste lors de l'examen pour être retenu. Quant au trouble dépressif, l'expert judiciaire constate que le syndrome dépressif a atteint le degré d'un véritable épisode dépressif à plusieurs reprises, notamment en 1976, 1981 et 2005, ce qui justifie le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement, les symptômes dépressifs sont peu sévères. Quant à l'abus de substances, il est une complication fréquente du

trouble de la personnalité et de la phobie sociale. L'expertisé a commencé à consommer des substances à partir de l'âge de 20. Dès 23 ans, il a ajouté l'héroïne, connue également pour ses effets sédatifs et stimulants à la fois. Depuis 2001, la dépendance à l'héroïne est sous contrôle médical (substitution de méthadone). Il est probable qu'actuellement la consommation d'alcool et de cannabis est plutôt sporadique, assez régulière pour l'alcool, plus rare pour le cannabis. Dans les perspectives psychothérapeutiques et le pronostic, l'expert judiciaire souligne que les divers troubles psychiques sont solidement ancrés dans la durée et n'ont pas connu de véritables rémissions depuis une trentaine d'années, à l'exception du trouble dépressif. Il paraît ainsi peu probable qu'ils puissent s'améliorer, d'autant plus qu'ils se renforcent réciproquement et que le genre de pathologie rend toute forme de psychothérapeutique problématique pour l'expertisé (crainte d'une relation trop rapprochée). Les conséquences des troubles psychiques (délabrement physique et cognitif, retrait social) contribuent à leur chronicisation. Le retrait social intervenu avec l'arrêt de l'activité professionnelle contribue probablement à l'atténuation de la phobie sociale et de son corolaire, la consommation d'alcool. Toutefois, si l'expertisé devait reprendre une activité, le risque d'une recrudescence de l'anxiété sociale et de ses conséquences est significatif. Ni le trouble dépressif, ni l'abus sporadique de cannabis, ni la prise régulière de méthadone ne devraient interférer avec la capacité de travail. Cependant, le trouble de la personnalité, le trouble anxieux et l'abus d'alcool entraînent des limitations durables des capacités fonctionnelles, mais les limitations dues à ces affections se cumulent. Le trouble de la personnalité provoque des difficultés dans les relations sociales (méfiance, difficulté d'insertion dans les groupes, intolérance aux stress sociaux, impulsivité, manque de constance dans l'effort). Le trouble anxieux entraîne aussi une difficulté à tolérer les stress sociaux et un malaise en groupe avec des sensations pénibles (tremblements, crispations, transpiration), lesquels le rendent moins performant et augmentent sa consommation d'alcool. Cette dernière diminue la capacité de concentration et la régularité dans la performance. A la longue, elle induit des troubles mnésiques de plus en plus irréversibles. De tels troubles ont été observés lors de l'expertise et sont documentés dans le dossier par un examen neuro-psychologique. L'abus d'alcool chez l'expertisé doit par ailleurs être considéré comme une toxicomanie secondaire lié à l'existence d'un trouble de la personnalité et de la phobie sociale. L'ensemble des éléments ne permet de retenir qu'une capacité de travail de 40 % sur le plan psychiatrique. En outre, selon l'expert, ce n'est probablement pas seulement par choix personnel que le recourant n'a travaillé que de manière intermittente durant toute sa vie à un taux d'activité réduit et le choix de ce mode de vie est très vraisemblablement en partie lié aux limitations dues aux troubles psychiques. L'expert relève aussi que des facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels n'ont pas été pris en considération

pour l'évaluation de la capacité de travail. Quant à sa différence d'évaluation des atteintes psychiques et de leur répercussion sur la capacité de travail par rapport à l'expertise du Dr P_____, il relève qu'il est d'accord avec l'évaluation clinique de ce dernier, sauf en ce qui concerne le trouble anxieux et la consommation abusive d'alcool.

38. Le 19 janvier 2010, le recourant se détermine sur l'expertise judiciaire. Il estime qu'il convient de lui attribuer une pleine valeur probante. Par ailleurs, compte tenu de ce que sa capacité de travail est également diminuée de 30 % au niveau somatique, selon le Dr Q_____, il considère que son incapacité de travail globale dépasse le taux de 70 %. Cela étant, il persiste dans ses conclusions.
39. Sur la base de l'avis médical du 19 janvier 2010 du Dr S_____ du SMR, l'intimé persiste également dans ses conclusions, par écritures du 20 janvier 2010. Le Dr S_____ estime dans cet avis que le trouble de la personnalité ne justifie pas une incapacité de travail, dès lors que le Dr P_____ a considéré qu'il n'était pas plus décompensé aujourd'hui qu'hier. Selon le médecin du SMR, le mode de vie marginal constitue plus un choix de vie qu'une pathologie. Il souligne à cet égard que le trouble de la personnalité n'a pas empêché le recourant de faire un CFC et de travailler. Se fondant sur les critères de la CIM-10, le Dr S_____ conteste en outre que le recourant remplisse les critères du diagnostic de phobie sociale, dès lors qu'il n'a jamais été empêché de rencontrer des personnes du sexe opposé, a pu faire un CFC et n'a pas été gêné dans les rapports avec ses maîtres d'apprentissage. Ainsi, selon le médecin du SMR, la clinique ne correspond pas à ce diagnostic, mais à un choix de vie itinérant entraînant son lot de difficultés et d'incertitudes, avec développement d'une déchéance sociale.
40. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
5. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui est applicable en l'espèce, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).
6. a) En ce qui concerne la preuve, 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).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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).

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. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, l'expert judiciaire retient les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, de phobie sociale, de dysthymie et de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, de dépendance aux opiacées, actuellement en régime de substitution par la méthadone, d'abus d'alcool et de cannabis, utilisation nocive pour la santé. La capacité de travail n'est que de 40 %.

Cette expertise remplit en principe tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est notamment à relever que l'examen clinique est fondé sur trois entretiens d'une durée totale de trois heures.

Toutefois, les conclusions d'expertise sont contredites par celles du Dr P_____, lequel n'a notamment pas retenu le diagnostic de phobie sociale et n'a admis qu'une incapacité de travail de 30 % sur le plan psychiatrique. Il y a cependant lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr P_____ paraît nettement moins fouillé et qu'il est fondé sur un seul entretien. Le Dr P_____ n'a par ailleurs pas pris en comptes les plaintes du recourant. Il n'a pas non plus essayé d'expliquer pourquoi le recourant a présenté et présente toujours une dépendance à des substances toxiques. En outre, alors même qu'il admet que le trouble de la personnalité est décompensé depuis le début de l'âge adulte, il n'explique pas pour quelle raison il estime que ce trouble n'a pas une influence sur la vie marginale menée par le recourant et ne limite pas sa capacité de travail. Enfin, cet expert semble avoir manqué de distance et d'impartialité par rapport à l'expertisé, dès lors qu'il émet des jugements de valeur sur celui-ci, en qualifiant notamment sa vie de parasitaire, ce qui semble de surcroît inexacte. Pour ces raisons, le

Tribunal de céans estime qu'une valeur probante ne peut être attribuée à cette expertise, ce qui a précisément motivé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Quant à l'avis du Dr S _____ du 19 janvier 2010, il convient en premier lieu de constater que celui-ci procède à une nouvelle appréciation des atteintes psychiques du recourant, en contestant le diagnostic de phobie sociale, alors qu'il est spécialiste en médecine interne et non pas en psychiatrie. Il n'a pas non plus examiné le recourant. Il paraît ainsi douteux qu'il puisse mettre en doute ce diagnostic retenu par le Dr H _____. L'appréciation du Dr S _____ est en outre fondée sur l'expertise du Dr P _____, alors même que celle-ci ne revêt pas de valeur probante, de l'avis du Tribunal de céans.

En tout état de cause, les troubles anxieux ressortent également des différents tests effectués par le Dr P _____, à savoir le questionnaire C.D.Spielberger et AI auquel le recourant a été soumis le 15 janvier et le 5 février 2008. La première fois, son score pour "anxiété et état" avait été de 59, ce qui correspond à une anxiété élevée, et pour "anxiété trait" de 53, ce qui correspond à une anxiété moyenne. La seconde fois, ces scores étaient encore plus élevés, à savoir de respectivement de 60 et 55. Le Dr P _____ a également soumis le recourant au test "Le symptom check list SCL-90R" aux dates précitées. La première fois, son score global était de 57, alors que la pathologie se situe entre 50.03 ± 22.4 , et la seconde fois, de 69. Dans ce dernier test, le score de l'anxiété était la première fois de 0.9 (pathologie 1.48 ± 1) et celui de phobies de 0.42 (pathologie entre 0.96 ± 1). Lors du retest en date du 5 février 2008, le score de l'expertisé était de 1.1 pour l'anxiété et 0.71 pour les phobies. Selon le Dr P _____, ces résultats suggèrent une tendance à l'amplification des symptômes, ce qui semble cependant en contradiction avec sa constatation que le recourant ne donne pas le sentiment de vouloir amplifier ou de majorer ses difficultés. Il convient également d'ajouter que l'expert judiciaire a relevé des symptômes objectifs de l'anxiété (tremblements massifs et sudations palmaires). Partant, le Tribunal de céans est convaincu par ce diagnostic.

Par ailleurs, il ressort de l'expertise judiciaire que c'est le cumul de plusieurs troubles psychiatriques qui provoquent la diminution de la capacité de travail du recourant. Il s'agit du trouble de la personnalité, du trouble anxieux et de l'abus d'alcool. Concernant ce dernier, l'expert estime qu'il s'agit d'une toxicomanie secondaire, à savoir d'une dépendance liée au trouble de la personnalité et à la phobie sociale.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert judiciaire emportent la conviction du Tribunal de céans, de sorte qu'il retiendra une incapacité de travail de 60 % sur le plan psychiatrique.

8. Sur le plan somatique, le Dr Q_____ a estimé que le recourant présentait une capacité de travail de 70 % en tant que cuisinier et dans toute autre activité adaptée. Cependant, ce médecin a admis qu'il ne pourrait pas travailler sur le marché du travail ordinaire, au vu des doléances multiples et la réalité d'un état général diminué qui ne permettait pas d'envisager une vie professionnelle avec une exigence de rentabilité normale. Selon ce médecin, il faudrait plutôt imaginer une activité dans le cadre d'un travail intermédiaire, par exemple au sein d'une entreprise à vocation d'aide à la réinsertion avec exigence de rentabilité en-dessous des normes usuelles du marché de l'emploi. Cet avis est partagé par le Dr V_____, en ce qu'il a considéré que la capacité de travail du recourant était de 70 % dans une activité adaptée à la tolérance du patient à l'effort et dans un environnement protecteur ne pratiquant pas les normes de rentabilité ordinaires, compte tenu des limitations objectivables.

Par ailleurs, il sied de constater que l'état somatique du recourant s'est encore détérioré récemment, dès lors les douleurs de la tendino-bursite tronchantérienne ont augmentées et le limitent dans la marche. A cet égard, le Dr S_____ a admis avec le Dr R_____, dans son avis médical du 30 avril 2009, que ces douleurs peuvent parfois provoquer des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à deux semaines lors des exacerbations des douleurs. Il appert ainsi que l'absentéisme du recourant serait important, ce qui serait difficilement acceptable pour un employeur. Il est à noter enfin que la tendino-bursite ne pouvait pas être traitée par des infiltrations, contrairement à ce que le Dr Q_____ avait admis dans son expertise, à cause de la présence de l'hépatite B, comme cela ressort du rapport du Dr R_____ du 27 juin 2008.

En tout état de cause, même en admettant que la capacité de travail du recourant n'est réduite que de 30 % sur le plan somatique, il y a lieu de considérer que, selon toute vraisemblance, l'incapacité de travail totale est supérieure à 70 %, en tenant compte des atteintes psychiatriques et somatiques.

Dans la mesure où il n'est guère envisageable que le recourant réalise, dans une activité adaptée et légère, un revenu supérieur à celui obtenu dans son dernier emploi, il y a lieu de considérer que son degré d'incapacité de travail correspond également à sa perte de gain. Ainsi, il peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

9. Le Dr H_____ ne s'est cependant pas prononcé sur l'évolution de la capacité de travail qui a diminué progressivement. Cela étant, le Tribunal de céans estime qu'il y a lieu de se fonder sur le rapport du 18 mai 2008 de la Dresse M_____, où elle a constaté une incapacité de travail de 50 % à partir de décembre 2005, puis à 100 % dès janvier 2006. Auparavant, le Dr N_____ avait constaté une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} juillet 2004, dans son rapport du 24 mai 2004.

Partant, il convient d'admettre que le droit à la rente est né en décembre 2006.

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 dès le 1^{er} décembre 2006.
11. Dans la mesure où le recourant obtient gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens.
12. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est 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 30 septembre 2008.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} décembre 2006.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice de 200 fr. est mis 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); 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

Claire CHAVANNES

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