

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4063/2008

ATAS/23/2011

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 23 décembre 2010

En la cause

Monsieur O _____, domicilié à Genève, représenté par Mme
P _____ du Service des Tutelles, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître MARSANO Jean-Luc

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur O _____ (ci-après : l'assuré), né en 1957, d'origine marocaine, marié et divorcé à plusieurs reprises, père de quatre enfants, arrivé en Suisse en mai 1986, bénéficiaire de l'Hospice général depuis 2001, ayant exercé les professions d'aide jardinier, fleuriste, aide-cuisinier, aide-peintre et, en dernier lieu, celle de serveur (de 1993 à 2000), a été victime, en mars 2001, d'une agression au couteau (blessé, il a dû subir une intervention chirurgicale au niveau maxilo-facial).
2. Le 1^{er} décembre 2004, il a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONALE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI).

A l'appui de sa demande, l'assuré a invoqué une affection neuropsychiatrique, des attaques de panique, ainsi qu'une perte de mémoire et de concentration, dont il a expliqué qu'elles étaient apparues après son agression.

3. Le 3 mai 2005, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport retenant le diagnostic d'état de stress post-traumatique apparu en 2001 et concluant à une incapacité totale de travail depuis lors. Le médecin a décrit un patient collaborant, sans particularités du point de vue de l'orientation, ne souffrant d'aucun trouble de la vigilance, avec une thymie légèrement triste, une anhédonie moyenne, un sentiment d'insuffisance, souffrant d'un sommeil perturbé par des cauchemars et d'attaques de panique à raison d'une à deux fois par semaine. Le médecin a noté l'absence d'idéations suicidaires. Il a encore précisé que l'incapacité de travail n'était due qu'à une ou des affections physiques ou mentales et non à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Il a qualifié les troubles psychiques de réactionnels à des événements de vie adverses.
4. A été versé au dossier de l'assuré le jugement de divorce prononcé par le Tribunal de première instance en date du 27 janvier 2005 ainsi qu'un extrait du jugement pénal rendu suite à son agression. Il y était mentionné (p. 2 du jugement pénal) que le Dr B _____, médecin psychiatre entendu à titre de témoin, avait déclaré que l'assuré lui avait été adressé par le service de consultation de la violence pour un trouble dépressif et anxieux en octobre 2002 et qu'il avait alors diagnostiqué un état dépressif sévère ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique lié, selon le dossier, à l'agression à l'arme blanche dont l'assuré avait été victime en mars 2001.
5. Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) et plus particulièrement au Dr C _____, qui s'est étonné que le diagnostic de stress post-traumatique soit encore évoqué cinq ans après les faits à son origine. Il a expliqué que ce diagnostic ne devrait être retenu au-delà de deux ans.

6. Le 11 avril 2007, le Dr D _____, de la consultation de la Jonction, spécialiste en médecine interne, a établi un rapport médical retenant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (depuis 2001), de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans syndrome somatique (depuis 2001) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (depuis 2002). Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis 2001. Sa description du patient correspond en tous points à celle donnée précédemment par le Dr A _____.
7. L'Office a alors demandé au Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à un examen.

De l'anamnèse du rapport rendu par le médecin en date du 2 juillet 2007, il ressort que l'assuré a été victime de plusieurs viols et de violences physiques dès l'âge de six ans. L'assuré a relaté avoir commencé à consommer de l'alcool dès l'âge de vingt-deux/vingt-trois ans, à raison d'un litre/un litre et demi par jour, sans que cela ne l'empêche d'exercer une activité lucrative. Marié à cinq reprises, il a divorcé autant de fois.

L'expert a dit n'avoir observé ni troubles de l'attention ou de la concentration ni troubles de la mémoire de fixation ni troubles du cours de la pensée.

Il a relaté que l'assuré disait ne pas se sentir triste, ne pas ruminer et ne pas avoir d'idées suicidaires.

L'expert n'a pas noté de symptomatologie anxieuse de type crises de panique au cours de l'entretien.

En définitive, l'expert a conclu à une modification durable de la personnalité suite à une agression physique et une dépendance à l'alcool utilisation continue.

L'expert a relevé qu'avant l'agression, l'assuré, malgré les sévices sexuels qui lui avaient été infligés durant son enfance et son adolescence, avait été capable de travailler. L'expert a émis l'avis qu'eu égard à l'analyse de la vie quotidienne de l'assuré telle que décrite par ce dernier (qui a dit pouvoir prendre en charge ses deux enfants une ou deux fois par mois), le diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique ou son équivalent (c'est-à-dire celui de modification durable de la personnalité) ne pouvait être considéré comme ayant des répercussion sur la capacité de travail, d'autant que l'examen psychiatrique n'avait mis en évidence aucune symptomatologie dépressive ou anxieuse.

8. Le 24 juillet 2007, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.
9. Le 1^{er} octobre 2007, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens.

10. Le 30 octobre 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. A l'appui de ce dernier, il a notamment produit :
- un rapport des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 12 juillet 2001 dont il ressortait qu'il présentait un tableau de syndrome post-traumatique suite à son agression et montrait une thymie dépressive évidente; la symptomatologie décrite était la suivante : flash-back de l'agression, peurs sans motif objectif, troubles du sommeil, perte pondérale de cinq à six kg, troubles mnésiques, crises de larmes;
 - un rapport de la clinique de psychiatrie pour adultes du 17 juillet 2001 décrivant également un tableau grave d'état de stress post-traumatique.
11. Après avoir soumis une nouvelle fois le dossier de l'assuré au SMR - et plus particulièrement à la Dresse F_____ qui, date du 26 novembre 2007, a émis l'avis que les conclusions du Dr E_____ ne pouvaient être considérées ayant pleine valeur probante dans la mesure où il était apparu que ce médecin avait déjà vu l'assuré en consultation, même s'il ne l'avait pas reconnu lors de l'expertise - l'OAI a rendu en date du 26 novembre 2007 une décision annulant celle du 1^{er} octobre 2007.
12. Le 28 février 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales en a pris acte et a rayé la cause du rôle (ATAS 240/2008).
13. Une nouvelle expertise a été mise sur pied par l'OAI et confiée à la Dresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 15 juillet 2008, sur la base du dossier mis à sa disposition et d'un entretien avec l'assuré.

L'expert a conclu à un trouble anxieux (depuis 2001) et à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (depuis 1992), à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (depuis au moins 2007), dont il a estimé qu'ils n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail.

Il a relevé que l'anamnèse que lui avait donnée l'assuré différait de celle du Dr E_____ (sur le nombre de ses frères et sœurs, notamment). L'expert a néanmoins émis l'avis que les troubles de la mémoire dont se plaignait le patient n'étaient pas objectivables. Il a relevé à cet égard que l'intéressé pouvait se montrer précis sur des détails et que cela contredisait les troubles de mémoire allégués, dont l'expert a émis l'avis qu'ils n'empêchaient pas l'assuré de fonctionner au quotidien et de s'occuper ponctuellement de ses deux jeunes fils.

Quant aux troubles de concentration allégués, l'expert les a niés en relevant que l'assuré disait lire quotidiennement le journal, regarder les informations et qu'il

avait pu se rendre seul jusqu'au lieu de l'expertise - ce qui impliquait pourtant de prendre deux trains différents.

L'expert a dit n'avoir pu objectiver ni anxiété généralisée ni attaques de panique ni épisode dépressif ni phobie ni symptômes compatibles avec un trouble affectif bipolaire ni psychose ni trouble de la personnalité.

Il a relaté que l'assuré réfutait tout flash-back, pensée intrusive, reviviscence, attaque de panique ou conduite d'évitement et en a tiré la conclusion que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne pouvait être confirmé.

En revanche l'expert a admis un trouble anxieux d'intensité légère au vu de l'irritabilité et de la diminution du seuil anxieux de l'assuré, tout en soulignant que ce trouble n'était pas incapacitant, raison pour laquelle il a conclu à une capacité de travail entière dans une activité simple telle que celle de serveur.

14. Le 2 septembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande.
15. Le 9 octobre 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a rendu une décision aux termes de laquelle il a rejeté la demande de l'assuré.

L'OAI, se référant au rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse G _____, a conclu à l'absence de diagnostic invalidant.

L'OAI a considéré que les troubles de mémoire évoqués par l'assuré n'avaient pas été objectivés et ne l'empêchaient pas de fonctionner au quotidien et de s'occuper ponctuellement de ses enfants.

Aucun trouble de concentration n'avait non plus pu être objectivé; à cet égard, l'OAI a relevé que l'assuré lisait quotidiennement son journal, regardait les informations à la télévision et avait pu se rendre seul sur le lieu d'expertise alors que le trajet nécessitait un changement de train.

Un trouble anxieux d'intensité légère a été reconnu mais qualifié de non invalidant et n'entraînant pas de limitations fonctionnelles.

Il a été relevé que l'assuré n'alléguait aucun symptôme pouvant confirmer le diagnostic de stress post-traumatique (attaques de panique, pensées intrusives, scènes de reviviscence, conduite d'évitement).

Enfin, il a été souligné que l'assuré ne faisait preuve que d'une compliance partielle aux antidépresseurs.

En conclusion, l'OAI, relevant que les pathologies décrites étaient présentes depuis de nombreuses années sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré, a rejeté la demande de ce dernier.

16. Par écriture du 11 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision qu'il qualifie de " totalement incompréhensible et choquante".

Le recourant conteste les conclusions de la Dresse G_____. Il fait remarquer que si l'on suit le raisonnement de cette dernière, tout individu capable de lire le journal et de regarder la télévision doit être reconnu apte au travail à 100%. Il reproche en outre à l'expert d'avoir tiré des conclusions du fait qu'il ait pu se déplacer jusqu'au lieu de l'expertise alors même qu'il lui avait bien précisé avoir dû recourir à l'aide de son assistant social pour pouvoir y arriver.

Il s'étonne que l'expert se soit écarté des diagnostics posés par les Drs H_____, D_____ et I_____, ses psychiatres traitants successifs qui, tous, ont retenu celui d'état de stress post-traumatique.

Le recourant souligne qu'il souffre également de diabète et d'hypercholestérolémie.

En conclusion, il demande que soit mise sur pied une expertise pluridisciplinaire afin d'établir de quoi il souffre exactement et quelles sont les répercussions sur sa capacité de travail.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 janvier 2009, a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
18. Dans sa réplique du 9 janvier 2009, le recourant a persisté dans ses conclusions et demandé que lui soit octroyé une rente entière à compter du 20 mars 2001, subsidiairement, des mesures de réadaptation professionnelle.

Le recourant fait valoir qu'il n'a aucune formation puisqu'il a travaillé la majeure partie de sa vie dans la petite main de la restauration (en tant que serveur notamment), qu'il a divorcé à cinq reprises, que durant son enfance et son adolescence, il a été abusé sexuellement plusieurs fois, qu'il a été également victime de violences physiques de la part de son instituteur durant sa scolarité ainsi que des membres de sa famille, qu'il a été régulièrement battu avec violence et brûlé avec des cigarettes, qu'il a été interné quatre fois en entrée non volontaire à l'hôpital psychiatrique (la première fois, le 21 octobre 1992, pour un état dépressif avec auto-agressivité et idéation suicidaire importante, la seconde fois, le 17 novembre 1992, suite à une intoxication alcoolique aiguë récidivante sur état dépressif avec menaces suicidaires, le 18 octobre 2000, en raison d'un état auto et hétéro-agressif dans un contexte d'alcoolisation et de décompensation psychotique avec idées délirantes, et la quatrième fois, en 2005).

Le recourant explique avoir été victime, le 20 mars 2001, d'une agression à l'arme blanche pour laquelle son agresseur a été condamné à une peine de prison ferme de plusieurs années ainsi qu'à un dédommagement pour tort moral. Il allègue que depuis cette agression, il n'a plus jamais été le même et a développé une symptomatologie compatible avec un tableau de stress post-traumatique (flash back de l'agression, anxiété avec peur d'être à nouveau agressé, cauchemars avec un sommeil réduit), associée à une symptomatologie dépressive.

Le recourant qualifie l'examen dont il a été l'objet le 25 mai 2007 par le Dr E_____ de sommaire. Il souligne qu'un examen d'une heure a cependant suffi à ce médecin pour confirmer qu'il était diminué psychiquement, souffrait de crises d'angoisse, de cauchemars, de reviviscence, et se trouvait dans un état dépressif certain. Il reproche au médecin examinateur d'avoir conclu que l'atteinte à sa santé n'était cependant pas si grave puisqu'il pouvait assumer de recevoir ses enfants chez lui.

Le recourant reproche au Dr C_____ d'avoir confirmé le 5 juillet 2007 qu'il souffrait de modification durable de la personnalité mais d'avoir néanmoins conclu que cela n'influençait pas sa capacité de travail.

Le recourant souligne que les conclusions du SMR sont en contradiction flagrante avec celles de ses médecins traitants qui le suivent depuis longtemps. Il relève qu'aucun examen n'a été pratiqué s'agissant de ses problèmes rhumatologiques et de son diabète.

Il ajoute que le Tribunal tutélaire, alerté par un rapport de police daté du 10 septembre 2008, s'est inquiété de sa situation, ce qui démontre selon lui à quel point cette dernière est alarmante.

19. Dans sa duplique du 12 février 2009, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Il se réfère à un avis médical établi par le Dr J_____ en date du 26 janvier 2009 après que les pièces produites par le recourant lui ont été soumises. Il y est relevé que le psychiatre traitant, dans sa lettre adressée au conseil de l'assuré en date du 4 décembre 2008, fait certes mention d'une symptomatologie compatible avec un diagnostic de stress post-traumatique mais ne pose pas formellement ce diagnostic; il décrit par ailleurs une anxiété avec évitement résultant d'une consommation épisodique d'alcool et de cocaïne mais ne définit pas l'évitement dont le médecin du SMR indique qu'il est la conséquence d'abus de substances toxiques. Le Dr J_____ conclut que ce document n'apporte pas d'élément médical nouveau, le trouble anxieux étant présent depuis 2001 et diagnostiqué par la Dresse G_____. Quant à l'intervention de la police chez l'assuré le 10 septembre 2008, le médecin du SMR dit ne pas disposer d'éléments suffisants pour lui permettre de porter une appréciation médicale. Enfin, il relève que l'assuré n'a pas documenté le diabète et les problèmes rhumatologiques qu'il invoque. En

définitive, le médecin du SMR a suggéré d'interroger le médecin généraliste traitant sur les limitations fonctionnelles somatiques du patient, son traitement médicamenteux, et les détails de son état.

20. Par courrier du 3 mars 2009, le recourant a sollicité l'audition de deux témoins.
21. Le 26 mars 2009, le recourant a annoncé qu'il entreprenait les démarches nécessaires afin que son médecin traitant établisse un rapport médical détaillé. Il a par ailleurs sollicité l'apport de la procédure tutélaire.
22. Une audience s'est tenue en date du 30 avril 2009 au cours de laquelle a été entendu Monsieur Q_____, assistant social de l'assuré depuis novembre 2007.

Il a expliqué que le dossier de l'assuré lui avait été transmis par le Centre d'action sociale et de santé (CASS) de Carouge, totalement démuni face à ce cas difficile, et a confirmé par ailleurs que le Service des tutelles avait pris contact avec lui car il était apparu que le domicile de l'assuré était dans un état déplorable, en tout cas inacceptable pour ses voisins. Le témoin a indiqué avoir alors pris contact avec le Service d'aide à domicile, lequel avait fixé à l'assuré plusieurs rendez-vous auxquels il ne s'était jamais rendu, de sorte que les démarches n'avaient pas abouti.

Le témoin a expliqué que l'assuré ne se présente en effet pas toujours aux rendez-vous qui lui sont fixés et ne répond pas au téléphone.

Le témoin a décrit l'assuré comme étant "souvent en perdition", totalement désorganisé et déstructuré, ayant perdu ses repères et dans l'incapacité totale de gérer son argent, raison pour laquelle son loyer, ses primes d'assurance-maladie et de sa facture d'eau et d'électricité sont directement réglées par son assistant social.

Ce dernier a exprimé l'avis que, du point de vue social, l'assuré était en danger car soumis aux pressions de son entourage, auquel il n'était pas capable de résister, vu sa fragilité. Il a ajouté qu'il était souvent arrivé à l'assuré de venir le voir dans un état frôlant la confusion.

Le témoin a émis l'avis que l'assuré, dans l'état qui était le sien actuellement, était dans l'incapacité totale d'exercer une activité lucrative.

Il a ajouté que, malgré le fait que l'intéressé tienne beaucoup à ses enfants et se préoccupe d'eux, il n'arrivait pas à organiser leur prise en charge correctement durant les week-ends.

S'agissant plus particulièrement de l'expertise pratiquée au SMR, le témoin a précisé avoir insisté à plusieurs reprises auprès de l'assuré pour qu'il s'y rende et avoir dû le lui rappeler la veille, ce qui n'avait pas empêché l'assuré de se présenter à lui le matin même de l'examen : il n'avait pas d'argent pour son billet de train et avait perdu les coordonnées du lieu de rendez-vous.

Le témoin a convenu qu'il était arrivé que l'intéressé se présente très alcoolisé mais a précisé qu'à son avis, il ne s'agissait pas là d'un problème chronique puisqu'il lui arrivait également de se trouver dans un état confusionnel, sans que l'alcool y soit pour quelque chose. Le témoin a suggéré qu'il était possible que l'assuré recourt à l'alcool à défaut de médicaments.

23. Par ordonnance du 11 mai 2009, le Tribunal de céans a demandé l'apport de la procédure ouverte auprès du Tribunal tutélaire, ce à quoi le Président de la 3^{ème} chambre du Tribunal tutélaire s'est opposé par courrier du 5 juin 2009 en invoquant la discrétion absolue à laquelle il était tenu.
24. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 9 juillet 2009. Entendue à cette occasion, la Dresse K_____, psychiatre traitant de l'assuré depuis octobre 2008, a expliqué que le diagnostic de stress post-traumatique posé il y a plusieurs années, suite à l'agression dont avait été victime l'assuré, devait être à présent remplacé par d'autres.

Le médecin a conclu à un trouble anxieux et à un trouble dépressif aggravé par l'emploi de substances. Il a souligné que le tableau clinique était très complexe et les diagnostics difficiles à poser avec précision car fortement influencés par la consommation de substances (alcool et cocaïne). Le témoin s'est déclaré dans l'impossibilité d'évaluer la gravité des troubles sans abstinence durable.

Le médecin a cependant émis l'avis que le stress post-traumatique de son patient n'avait sans doute pas été traité à temps et s'était compliqué avec l'apparition d'un trouble anxieux. Le témoin a émis l'hypothèse que son patient avait alors peut-être eu recours à l'alcool pour lutter contre l'angoisse. Vu l'effet anxiogène et dépressif de cette substance, son état s'était aggravé et un cercle vicieux s'était installé.

Le psychiatre traitant a répété qu'il lui était difficile de poser un diagnostic précis au vu de la consommation encore en cours. Selon lui, les troubles mentaux et comportementaux dus à l'utilisation de substances restaient au premier plan et tant que cet élément ne serait pas traité, le reste du tableau resterait difficile à décrire.

A ce stade, le recourant a pris la parole pour préciser qu'il souffre encore de cauchemars et de flash-back de l'agression, d'importants problèmes mnésiques et de troubles anxieux qui peuvent survenir à tout moment, de manière incontrôlable.

Son psychiatre traitant a confirmé la persistance de cauchemars et flash-back mais a expliqué que, selon les critères de la CIM-10, le diagnostic de stress post-traumatique à proprement parler ne peut perdurer plus de quatre ans. Au-delà, on parle plutôt d'une modification durable de la personnalité. Le témoin a exprimé l'avis que l'addiction était elle-même la conséquence du stress post-traumatique, bien que ce soit toujours difficile à affirmer.

Pour le surplus, il a également confirmé l'existence de troubles mnésiques importants dont il a indiqué qu'il était difficile de dire s'ils étaient la conséquence des problèmes thymiques ou de la consommation, cette dernière les aggravant en tout cas de manière importante.

Le témoin a expliqué avoir essayé à plusieurs reprises de faire hospitaliser son patient afin d'évaluer objectivement ses problèmes, mais à chaque fois, l'hospitalisation n'a pas duré suffisamment longtemps. Il faudrait que l'intéressé reste abstinent suffisamment longtemps (deux mois en tout cas).

Le psychiatre traitant a précisé que l'assuré était actuellement sous antidépresseurs, hypnotiques et anxiolytiques; sa compliance n'a pas été vérifiée.

Selon le témoin, vu les troubles mnésiques, les troubles du comportement manifestés par le patient (qui peut notamment se montrer agressif sur le plan verbal), sa difficulté de concentration, son humeur labile, et enfin, son aboulie, sa capacité de travail est nulle et n'a pas évolué depuis qu'il le suit.

Selon le témoin, ce sont plutôt les problèmes psychiques du patient qui aggravent son état général, plutôt que ses problèmes somatiques qui influencent son psychisme : c'est le manque de régularité dans les soins et le suivi, induit par les troubles psychiques, qui aggrave encore son état général.

Enfin, le psychiatre traitant a émis l'avis que le trouble thymique sous-jacent chez le patient est soit un état dépressif récurrent, soit une dysthymie.

A l'issue de l'audience, le Tribunal a décidé d'interpeller directement le médecin traitant du recourant pour lui demander un rapport circonstancié. Quant au conseil du recourant, il a réitéré sa demande d'expertise pluridisciplinaire judiciaire.

25. Le Dr L_____, médecin traitant du recourant, a répondu par courrier du 14 juillet 2009 qu'il ne pouvait répondre aux questions du Tribunal dans la mesure où ce dernier ne venait pas aux rendez-vous qui lui étaient fixés.
26. Le 7 août 2009, le Tribunal de céans a rappelé au recourant son obligation de collaborer à l'instruction et lui a imparti un délai au 21 août 2009 pour prendre contact avec son médecin traitant.
27. Le 21 août 2009, le Dr L_____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a brièvement répondu aux questions posées par le Tribunal. Il a relaté que l'assuré se plaignait de problèmes mnésiques et d'un trouble dépressif chronique. Le médecin a posé le diagnostic de polytoxicomanie sur trouble anxio-dépressif et tendance psychotique en précisant que l'assuré avait débuté une cure de méthadone dix jours plus tôt. Le fond de l'œil et l'acuité visuelle étaient sans particularités. Les pallesthésies des membres inférieurs étaient légèrement diminuées. La fonction

rénale et l'hémoglobine glyquée n'avaient pu être évaluées, l'assuré ne s'étant pas soumis à la prise de sang. Le médecin a émis l'avis que tant les diagnostics psychiatriques que la polytoxicomanie avaient une répercussion sur la capacité de travail du patient dans la mesure où ils avaient pour conséquence une désorganisation mentale sur le plan cognitivo-comportemental. Il a conclu à une incapacité de travail avérée depuis 2001 (début de l'alcoolisation) et a précisé que l'état du patient s'était aggravé depuis lors. Le médecin a expliqué que l'assuré était passé d'une alcoolisation occasionnelle à une quasi déchéance. Il a conclu à l'incapacité d'exiger la moindre activité professionnelle et a préconisé un sevrage et une prise en charge psychiatrique.

28. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 29 octobre 2009. A cette occasion, le recourant a allégué que s'il avait fait défaut aux rendez-vous fixés par son médecin, ce n'était pas par mauvaise volonté mais parce qu'il n'était tout simplement pas en état d'honorer ses engagements. Son conseil a décrit sa vie comme une "chaos général", expliquant que l'assuré n'ose plus sortir de chez lui, qu'il ne se rend qu'à un rendez-vous sur quatre chez son psychiatre et se sent menacé en permanence. Il a ajouté que le Tribunal tutélaire était sur le point de statuer sur son cas.

Le recourant a déclaré être prêt à être hospitalisé afin de pallier à la déficience des soins et à la présence d'idées suicidaires.

29. Par ordonnance du 29 octobre 2009, le Tribunal de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure ouverte devant le Tribunal tutélaire.
30. Le 2 novembre 2009, le Tribunal tutélaire a prononcé l'interdiction du recourant et désigné Madame P _____ à la fonction de tutrice.
31. Le 9 novembre 2009, le conseil du recourant a informé le Tribunal de céans que son mandant avait été hospitalisé.
32. Le 3 décembre 2009, le conseil du recourant a informé le Tribunal de céans que le Tribunal de police avait mandaté la Dresse Lucia PORRERO NUCHE aux fins d'expertiser son mandant avec un délai à fin mars 2010.
33. Le 14 janvier 2010, les Drs M _____ et N _____, du service d'addictologie des HUG, ont communiqué au Tribunal de céans un rapport dont il ressort qu'au niveau psychiatrique, le recourant souffre d'un syndrome de stress post-traumatique suite à des viols subis au Maroc puis à l'agression dont il a été victime en 2001 à Genève.

Les médecins ont indiqué que depuis l'agression, l'assuré souffrait d'un état dépressif sévère et de crises d'angoisse avec un comportement phobique se manifestant par un retrait à domicile et un aspect obsessionnel. Ils ont ajouté que le

patient était désormais suivi en ambulatoire pour un traitement de substitution d'opiacées.

Il ressort également de ce rapport que l'assuré a été hospitalisé huit fois en psychiatrie, la dernière au mois de novembre 2009, dans un contexte de recrudescence d'idées suicidaires et une demande de mise à l'abri. Au moment de cette dernière hospitalisation, il se plaignait d'attaques de panique, de tristesse et d'idées suicidaires persistantes avec risque de passage à l'acte.

Le patient a été décrit comme ayant les traits tirés, amaigri et légèrement ralenti sur le plan psychomoteur. Aucun trouble cognitif grossier n'a été mis en évidence. L'intéressé a fait état de nombreux cauchemars et de réveils fréquents, d'idées suicidaires quasi persistantes avec impulsions de défenestration. Hormis le fait qu'il dise entendre des voix, aucun autre élément de la lignée psychotique n'a été mis en évidence.

Les médecins ont finalement retenu les diagnostics suivants : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, à l'utilisation d'opiacées, désormais sous régime de substitution, à l'utilisation de cocaïne, utilisation périodique, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, syndrome de stress post traumatique, trouble panique (anxiété paroxystique), hépatite C, arythmie sur cardiopathie médicamenteuse ou toxique et probable ischémie silencieuse.

Les médecins ont conclu que le patient souffrait de troubles psychiques graves réactivés par l'agression subie en 2001, les crises d'angoisse se trouvant au premier plan ainsi qu'un état dépressif sévère avec idées suicidaires, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil et comportement phobique avec retrait à domicile.

Les médecins ont précisé que la dépendance aux toxiques était survenue après 2001 et semblait être en lien avec l'état psychique du patient dans la mesure où les substances l'aidaient à gérer ses crises d'angoisse. Les médecins ont jugé que les troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et de cocaïne influençaient à hauteur de 25% la capacité de travail, laquelle devait quoi qu'il en soit être considérée comme nulle en raison du trouble dépressif récurrent, du syndrome de stress post traumatique et du trouble panique.

Les médecins ont émis l'hypothèse qu'avec une prise en charge soutenue sur le plan médical, une amélioration de l'état psychique de l'assuré et l'arrêt des consommations toxiques étaient envisageables.

34. Invité à se déterminer sur les derniers documents versés à la procédure, l'intimé, par écriture du 17 février 2010, a persisté à conclure au rejet du recours.

Il se réfère à l'avis émis par la Dresse F _____ en date du 12 février 2010. Cette dernière relève que la Dresse G _____, dans son rapport d'expertise, a souligné que l'assuré donnait une anamnèse différente en fonction de son interlocuteur et que ni elle ni le SMR n'avaient retenu de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail.

La Dresse F _____ estime que les nombreuses hospitalisations de l'assuré s'inscrivent dans le contexte d'addiction à l'alcool et aux toxiques et explique que ces substances ont habituellement pour effet d'aggraver les troubles thymiques.

Elle souligne que les diagnostics retenus en priorité par les médecins des HUG sont ceux de troubles mentaux et comportement lié à l'utilisation de substances, le trouble dépressif récurrent sévère n'étant mentionné qu'en quatrième position. S'agissant de ce dernier diagnostic, elle soutient qu'il ne pourra être confirmé que lorsque l'assuré sera totalement abstinent. Quant au syndrome de stress post-traumatique, elle allègue qu'il n'est pas documenté et s'étonne qu'il soit toujours posé près de neuf ans après les faits. A cet égard, elle relève que, selon la CIM-10, le trouble peut présenter une évolution chronique et durer de nombreuses années et conduire à une modification durable de la personnalité, conclusion à laquelle ont abouti les experts du SMR.

Finalement, la Dresse F _____ émet l'opinion que les avis exprimés constituent simplement des interprétations différentes d'un même état de fait et qu'il faut attendre que le patient soit abstinent pour se prononcer.

35. Par écriture du 8 mars 2010, la tutrice du recourant a informé le Tribunal de céans qu'après avoir pris connaissance du dossier, elle s'opposait à la décision de l'OAI du 9 octobre 2008 et invitait le conseil de son pupille à poursuivre son mandat.
36. Le 17 mars 2010, le conseil du recourant a produit un bref certificat médical émanant du Dr O _____, du service d'addictologie des HUG, dont il ressort que le patient est resté hospitalisé du 26 décembre 2009 au 9 mars 2010, date à laquelle il a été transféré dans une nouvelle unité pour un séjour de longue durée car son état de santé compromettrait un retour à domicile (assistance nécessaire pour les activités de la vie quotidienne, prise en charge des médicaments et gestion de l'agenda). Il était prévu qu'à la sortie de l'hôpital, le patient soit placé dans un foyer protégé.
37. Le 16 mars 2010, le Dr M _____ a confirmé l'hospitalisation de l'assuré en raison d'un syndrome post traumatique associé à des troubles cognitifs probablement d'origine alcoolique (troubles mnésiques au premier plan).
38. Le 6 mai 2010, le Dr S _____, responsable du recourant au sein du service de psychiatrie adulte, a été entendu par le Tribunal de céans.

Le témoin a expliqué que ses propres observations lui avaient permis de confirmer le diagnostic de stress post-traumatique consécutif à l'agression. Il avait en effet constaté un isolement de l'assuré par rapport aux autres, une propension à la fuite en cas de confrontation, des épisodes d'angoisse et d'hyperventilation; qui plus est, l'assuré souffrait de cauchemars et était sujet à des flash-back durant la journée. Le témoin a expliqué que le syndrome de stress post-traumatique s'était chronicisé. Il avait ainsi pu observer chez le patient, lorsque celui-ci était en proie à une attaque de panique, une dépersonnalisation typique de ce syndrome dont le témoin a fait remarquer qu'il pouvait être partiellement occulté par la prise des toxiques pour revenir ensuite au premier plan en cas d'abstinence, ce qui s'était produit dans le cas de l'assuré.

Le témoin a également confirmé le diagnostic d'attaques de panique, soulignant que chaque attaque entraînait un état de fatigue générale.

Il y a ajouté celui d'apnées du sommeil, expliquant qu'un examen de polysomnographie avait révélé un nombre de 800 épisodes sur 48 heures, qu'il s'agissait là d'une atteinte centrale et non périphérique et qu'elle avait pour conséquences : céphalées, fatigue et nécessité de dormir durant la journée pour récupérer.

Enfin, le témoin a indiqué que des troubles mnésiques avaient été mis en évidence par un test neuropsychologique. Le spécialiste avait ainsi observé que les facultés de programmation étaient diminuées, la mémoire courte atteinte et la mémoire épisodique légèrement atteinte.

S'y ajoutaient des comorbidités telles qu'hépatite B, hépatite C encore silencieuse, neurosyphilis traitée et anémie, lesquelles contribuaient sans doute à la fatigue du patient.

Le témoin a expliqué que l'assuré oublie des consignes deux à trois minutes après les avoir entendues et que par ailleurs, son trouble panique a pour conséquence qu'on ignore quand il devra s'isoler et prendre la fuite. Dans ces conditions, il a conclu à une totale incapacité de travail.

Le témoin a exprimé l'avis que l'assuré ne pourrait pas réintégrer son domicile car il lui faut être encadré strictement, même pour la gestion du quotidien : il faut lui rappeler de se lever, de s'alimenter, de faire sa toilette et de prendre ses médicaments.

Il a certifié que l'assuré était désormais abstinente sous méthadone dont la prise avait été diminuée de 80 mg à 35 mg, le but étant d'arriver à y renoncer totalement.

Le témoin a également confirmé le diagnostic d'état dépressif récurrent dont il a indiqué qu'il lui semblait indissociable du trouble panique et du syndrome de stress

post-traumatique, admettant cependant qu'il lui était difficile de se prononcer sur son degré de gravité.

Selon le témoin, les apnées ne sont pas une conséquence de la prise des toxiques puisque, selon l'anamnèse, elles lui préexistaient et que, par ailleurs, elles subsistent alors même que la dose de méthadone est désormais minime.

39. Ont été versés à la procédure en date du 14 mai 2010 :

- un rapport établi suite à la polysomnographie du 19 avril 2010, concluant à un ralentissement psychomoteur et à une somnolence, confirmant la présence d'un syndrome sévère d'apnée centrale (IAH à 106);

- un rapport d'évaluation neuropsychologique du 19 avril 2010 dont il ressort que l'hospitalisation a été justifiée par un épisode dépressif sévère avec idées suicidaires et symptômes psychotiques (hallucinations auditives); le bilan neuropsychologique a été ordonné dans le contexte d'une suspicion d'installation d'un processus démentiel; s'il a été constaté que la mémoire autobiographique était préservée, en revanche la mémoire de travail a été qualifiée de sévèrement déficitaire; quant à la mémoire épisodique, elle a été évaluée dans la norme inférieure; l'examineur a conclu à un ralentissement, à une légère tendance à la digression et à une fluctuation intentionnelle modérée; il s'est déclaré dans l'incapacité d'établir une étiologie précise de la symptomatologie cognitive dont il a émis l'avis qu'elle était probablement d'origine multifactorielle (composante thymique, possible influence de l'ancienne polytoxicomanie, du syndrome d'apnées du sommeil, des troubles hépatiques et de la neurosyphilis) et a préconisé de procéder à un nouveau bilan un an plus tard.

40. Invité à se déterminer, le conseil du recourant a persisté dans ses conclusions.

41. Quant à l'intimé, il s'est exprimé en date du 7 juillet 2010 dans le sens d'un rejet du recours. L'intimé admet que l'état du patient s'est dégradé à la fin de l'année 2009 mais fait remarquer que cela est postérieur à la notification de la décision litigieuse. A l'appui de sa position, il se réfère à un nouvel avis de la Dresse F_____. Celle-ci admet que l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 9 octobre 2008 s'est considérablement détérioré en ce sens que la toxicomanie a entraîné des séquelles ayant pour conséquence une incapacité totale à exercer la moindre activité lucrative et ce, depuis la fin de l'année 2009 mais que, pour la période antérieure, les conclusions du SMR du 6 août 2008 restaient valables.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en

instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et lui ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le

juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Parmi ces atteintes à la santé psychique, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225;

VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319).

En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013).

10. En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations sur la base, principalement, du rapport d'expertise rendu par la Dresse G_____ en juillet 2008. Cette dernière, si elle a reconnu l'existence d'un trouble anxieux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et à celle de cocaïne, a estimé que ces atteintes n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Le rapport d'expertise se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il est vrai, cependant, la motivation de certaines des conclusions prises par l'expert laisse perplexe. Ainsi, il paraît un peu sommaire de justifier la négation de tout trouble de la mémoire ou de la concentration par le fait que l'assuré se dit capable de lire le journal ou de regarder les informations télévisées.

Il n'en demeure pas moins que les conclusions de la Dresse G_____ rejoignent celles prises par le Dr E_____ en juillet 2007. En effet, ce dernier n'a alors ni noté de symptomatologie anxieuse ni objectivé de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. S'agissant du Dr E_____, le Tribunal de céans considère que, dans la mesure où il n'a pas reconnu l'assuré qu'il avait sans doute été amené à recevoir en consultation précédemment, rien ne justifie de s'écarter de ses conclusions, qu'il ne peut manifestement, dans ces conditions, avoir rendu sous l'influence d'une empathie avec l'intéressé.

Une multitude de médecins se sont accordés sur le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, respectivement celui de modification durable de la personnalité.

Les médecins des HUG, dans un rapport établi en juillet 2001, évoquaient une "thymie dépressive évidente" et un "tableau grave d'état de stress post-traumatique". Le Dr B_____, médecin psychiatre ayant témoigné dans le cadre du procès pénal, a fait état d'un état dépressif sévère. Quant au Dr A_____, en mai 2005, il concluait à une totale incapacité de travail et

mentionnait déjà des attaques de panique survenant à raison d'une à deux fois par semaine. En avril 2007, le Dr D_____ évoquait quant à lui un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne.

Le Tribunal de céans déduit de ces différents documents que l'état de l'assuré, décrit par plusieurs médecins comme grave après l'agression dont il a été victime, s'est amélioré (ainsi qu'en témoigne le fait que le Dr D_____ ne retienne plus qu'un degré de gravité moyen en avril 2007 et le fait que quelques mois plus tard, le Dr E_____ n'ait plus décelés de troubles psychiques incapacitants).

Ainsi que cela a été expliqué par les Drs K_____ et S_____, le stress post-traumatique du patient, sans doute mal traité, s'est compliqué d'un trouble anxieux qui l'a sans doute poussé à augmenter sa consommation de toxiques, ce qui s'est traduit par une amélioration temporaire des symptômes anxieux et dépressifs.

Cette hypothèse, d'abord évoquée par la Dresse K_____, a par la suite été confirmée par le Dr S_____ qui, contrairement à sa confrère, a pu prendre position une fois l'assuré abstinent. Le Dr S_____ a alors pu confirmer les diagnostics de stress post-traumatique, d'attaques de panique, de troubles mnésiques et d'état dépressif récurrent sévère avec idées suicidaires et y ajouter celui d'apnées du sommeil (documentées par la polysomnographie pratiquée au printemps 2010). Il ressort des explications du Dr S_____ que les troubles psychiques ont sans doute été partiellement occulté par la prise de toxiques pour revenir ensuite au premier plan une fois le patient abstinent.

Pour la période antérieure au rapport d'expertise du Dr E_____, le Tribunal de céans ne dispose cependant pas d'éléments suffisants pour retenir une incapacité de travail entraînant une invalidité. En effet, si le Dr A_____ a bel et bien conclu à une totale incapacité, il n'a cependant relevé aucun trouble de la vigilance et a décrit une thymie légèrement triste et une anhédonie moyenne ; l'assuré ne faisait pas non plus encore mention d'idées suicidaires. Quant au Dr B_____, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, le Dr D_____ a certes conclu à une incapacité de travail mais à une période où les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance étaient passés au premier plan.

Par la suite, il est évident que le tableau et l'état de santé du patient se sont visiblement dégradés postérieurement aux examens des Drs E_____ et G_____, ce que l'intimé a d'ailleurs admis. Cette aggravation ne fait aucun doute dans la mesure où elle a été confirmée par les Drs M_____ et N_____, lesquels ont conclu, en janvier 2010, à un trouble dépressif sévère et à un trouble panique.

Reste à déterminer si cette aggravation ne remonte qu'à la fin de l'année 2009, comme le soutient l'intimé, ou plus tôt, voire antérieurement à la décision litigieuse du 9 octobre 2008.

Les apnées du sommeil mises en évidence début 2010 ont un tel degré de gravité qu'on peut en conclure qu'elles étaient présentes depuis un certains temps puisqu'elles n'ont pu atteindre ce degré du jour au lendemain. Quant au trouble panique, il était déjà évoqué par le Dr L_____ en août 2009. Ce médecin faisait alors clairement mention d'une aggravation de l'état du patient, d'une tendance psychotique et du fait que si la polytoxicomanie jouait certes un rôle, les diagnostics psychiatriques contribuaient sans nul doute à la désorganisation cognitivo-comportementale de l'assuré.

Le Tribunal de céans en tire la conclusion que l'aggravation de l'état du recourant remonte à l'été 2009 déjà, date à laquelle elle a véritablement été documentée pour la première fois. Cette aggravation étant cependant postérieure à la décision litigieuse, il conviendra de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il statue formellement sur ce point.

Pour la période antérieure faisant l'objet de la procédure dont est saisi le Tribunal de céans, ce dernier, faute d'éléments suffisants pour conclure à l'existence d'atteintes à la santé invalidantes à l'origine de la polytoxicomanie du recourant, rejettera le recours.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre dans les meilleurs délais une décision concernant l'aggravation constatée postérieurement à sa décision du 9 octobre 2008.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
5. 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. 82ss 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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