RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4152/2005 **ATAS/1038/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 27 novembre 2006

En la cause

Monsieur V_____, domicilié , 1219 LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97;Case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Isabelle DUBOIS et Karine STECK, juges

EN FAIT

1. M. V_____ (ci-après : l'assuré), né le 1967, de nationalité portugaise titulaire d'un permis C, est marié et père de trois enfants, nés en 1992, 1995 et 1997.

2. L'assuré est né en Angola où il a séjourné jusqu'en 1974, puis en Afrique du Sud jusqu'en 1983, au Portugal jusqu'en 1985 et est arrivé en Suisse en 1986.

   Il a exercé en 1984 et 1985 le métier de machiniste-grutier, puis de plâtrier-peintre et maçon.

3. Du 19 au 28 juin 2002, l'assuré a séjourné à la "établissement hospitalier", division d'abus de substance. Le diagnostic principal posé est celui de "troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilise actuellement la drogue (F14.24)". Sous autres diagnostics il est mentionné "troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale (F11.22). Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, utilise actuellement la drogue (F13.24)". Il s'agissait d'une entrée volontaire sur certificat du Dr A_____, médecin-traitant de l'assuré, pour un sevrage de cocaïne et de dormicum.

4. Le 13 août 2002, le Dr A_____ atteste d'un arrêt de travail complet de l'assuré du 3 juin au 5 août 2002 dû à un état dépressif majeur sur épuisement psychique dans le contexte de stress post-traumatique chronique ayant engendré la tendance dépressive actuellement décompensée. Depuis une dizaine d'années, il y avait une dépendance à l'héroïne puis à la cocaïne fumée, avec substitution de méthadone depuis 1997. L'arrêt de travail était dû à l'état dépressif. En aucun cas la toxicomanie ne constituait une maladie primaire ni n'était en soi une cause d'arrêt de travail.

5. Le 11 novembre 2002, le Dr B_____, radiologue, a relevé à la suite d'un IRM du genou de l'assuré une dégénérescence intra-méniscale de la corne postérieure et de la portion intermédiaire du ménisque interne sans signe de déchirure et une lame d'épanchement intra-articulaire. A la suite de ce diagnostic, le Dr Jean-Philippe CORSAT, chirurgien orthopédique, a prescrit à l'assuré un traitement anti-inflammatoire.

6. L'assuré a été engagé depuis le 3 février 2003 comme plâtrier par l'entreprise X_____SA a plein-temps. Dès le 16 juin 2003, il a été en incapacité de travail totale, attestée par le Dr A_____.

7. Du 23 juin au 11 juillet 2003, puis du 5 au 19 décembre 2003 et du 8 au 24 juin 2004, l'assuré a séjourné à trois reprises à la "établissement hospitalier".

8. Le 6 août 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.

9. Le 23 novembre 2004, le Dr A_____ a rempli le rapport médical détaillé E213 à la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) et mentionné une incapacité de travail psychique totale ainsi qu'une altération de la capacité physique secondaire à une lésion méniscale du genou. Aucune activité, même adaptée n'était possible. Une amélioration de l'état de santé était toutefois possible mais très improbable, "pas avant plusieurs années". Les diagnostics étaient les suivants :

   F60.30 : personnalité émotionnelle labile type dyssocial avec violence conjugale.
   F13.24 : pharmacodépendance activité à l'héroïne exclusivement fumée, traitement de substitution à la codéine retard, dépendance active depuis 1991, substitution à la méthadone puis à la codéine depuis 1992.
   F14.24 : pharmacodépendance à la cocaïne en rémission, exclusivement fumée, depuis 1995, delirium toxique de jalousie avec passage à l'acte hétéro-agressif conjugal.
   F12.24 : pharmacodépendance active au tabac depuis 1982, évaluée à plus de 40UPA.
   F43.1 : syndrome de stress post-traumatique complexe après traumatisme prolongé durant la guerre coloniale en Angola (exode en Afrique du Sud sous protection militaire durant plus de 6 mois) et après assassinat de son père dans le camp de réfugiés en Afrique du Sud; exil à 17 ans au Portugal et exil en Suisse à l'âge de 19 ans.
   F32.2 : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.
   Dénutrition.
   Caries dentaires multiples.
   Dégénérescence stade II de la corne postérieure du ménisque interne gauche post-traumatique (2002).

   Il relève que l'assuré, qu'il suit depuis 1998, "a vécu des éléments traumatiques majeurs dans son enfance, notamment des menaces de mort multiples, prolongées, dans une guerre coloniale durant plus de 6 mois et l'assassinat de son père en Afrique du Sud. Il en est résulté un trouble du développement de la personnalité de type émotionnelle labile dyssocial, avec une importante impulsivité et d'importantes prises de risques avec les substances. Malgré cela, il a fait preuve d'une résilience remarquable, il a travaillé jusqu'en 2003, il a été capable de diriger une petite entreprise de peinture en bâtiment. Il a assumé tant bien que mal ses responsabilités paternelles mais sa situation tant personnelle qu'économique s'est dégradée de façon importante depuis plusieurs années. Suite à des violences conjugales répétées en rapport avec un delirium sous influence de cocaïne et de benzodiazépine, il a été incarcéré puis condamné à une peine de prison avec un sursis de 3 ans. Son comportement conjugal et paternel s'est amélioré mais, psychiquement, il s'est trouvé dans un état dépressif majeur significatif, sans symptômes psychotiques, avec d'importantes réminiscences d'un syndrome de stress post-traumatique complexe. Sur le plan somatique, il y a un problème de dénutrition, de caries dentaires et de lésion méniscale post-traumatique depuis 2002. Il n'y a pas d'infection virale, ni HIV ni HVC. L'incapacité de travail est totale, durable et

actuellement seule une rente complète est envisageable, surtout en raison de sa psychopathologie lourde, complexe, multifactorielle, évolutive et longuement en péjoration".

10. Dans un avis du 8 juin 2005, les Drs. B_____ et. C_____ du SMR Léman relèvent qu'il s'agit bien d'un cas de toxicomanie primaire, malgré le stress vécu en Angola. L'incapacité de travail est due à des abus multiples d'héroïne, cocaïne et benzodiazépines. Les rapports de la "établissement hospitalier" ne mentionnent pas d'autres pathologies psychiatriques que les troubles du comportement liés aux abus de substance. Cela n'entrait donc pas dans le cadre de l'AI. Le cas avait été discuté avec la Dresse D_____, psychiatre. L'assuré n'a pas été examiné par les médecins du SMR Léman.

11. Par décision du 3 août 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestation en relevant que la dépendance aux substances (cocaïne, opiacés et sédatifs) devait être considérée comme primaire. Par ailleurs, un traitement adéquat était exigible de l'assuré de façon à préserver sa capacité de travail et de gain.

12. Le 10 août 2005, le Dr A_____ s'est opposé à la décision précitée. Selon lui, il était évident que la toxicomanie avait entraîné chez l'assuré des conséquences sur sa santé, tant physique que mentale et qu'elle était symptomatique d'une multipathologie comorbide. Il était certain que l'addiction avait lésé le système nerveux central du patient. Une expertise auprès d'un spécialiste de la médecine de l'addiction était souhaitable. Aucun programme thérapeutique alternatif n'était utile. Le patient présentait un épuisement biopsychique chronique vraisemblablement définitif, lié non seulement à la modification du "cerveau addict" mais également à l'hyperactivité que l'assuré a dû développer depuis une trentaine d'années pour faire face aux circonstances délétères de son existence, notamment durant l'exode de sa famille en Afrique du Sud puis au Portugal et en Suisse, pour faire face également à sa comorbidité psychiatrique grave et chronique, (très addictive) et à l'aggravation progressive de son addiction. Cette intrication dynamique constituait une psychopathologie complexe irréversible.

13. Le 20 octobre 2005, la Dresse E_____ du SMR Léman a considéré que les nouveaux éléments amenés par le médecin-traitant confirmaient la toxicomanie primaire. L'état dépressif était la conséquence de la dépendance. En cas d'arrêt de toute consommation, celui-ci disparaîtrait.

14. Le 28 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que la toxicodépendance n'était pas la cause d'un dommage physique ou mental important, ni la conséquence d'une atteinte à la santé psychique invalidante.

15. Le 28 novembre 2005, l'assuré a recouru contre cette dernière décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation. Il demandait préalablement l'audition du Dr A_____ et, subsidiairement, la

mise sur pied d'une expertise médicale. La toxicomanie résultait des graves problèmes rencontrés depuis son enfance (traumatismes de guerre répétés avec syndrome de stress post-traumatique chronique), elle avait aggravé un état psychique déjà pathologique et entraîné des troubles mentaux et du comportement.

16. Le 19 décembre 2005, les Drs B_____ et C_____ du SMR Léman ont rendu un avis médical. Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique pouvait difficilement être envisagé car il n'était pas mentionné que l'assuré aurait eu des symptômes quelques semaines ou mois après l'événement traumatique. Il avait par ailleurs pu travailler durant de nombreuses années. Il n'y avait pas d'autres pathologies psychiatriques que ses troubles du comportement liés aux abus de substances. La situation se péjorait car l'assuré continuait à consommer.

17. Le 6 janvier 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

18. Le 6 février 2006, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr Christian G_____, président du groupe genevois des praticiens en médecine de l'addiction et toxicomanie, et leur a transmis copie de la mission d'expertise.

19. Le 7 février 2006, l'OCAI s'est déclaré d'accord avec ladite mission mais a contesté la désignation d'un expert non psychiatre.

20. Le 17 février 2006, le recourant a accepté l'expert et la mission d'expertise.

21. Le 14 mars 2006, le Tribunal de céans a informé les parties que le Dr F_____, psychiatre, serait désigné à la place du Dr G_____.

22. Le 16 mars 2006, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il n'avait aucune objection quant au nouveau choix de l'expert. Le recourant n'a pas formé d'observations.

23. Le 7 juillet 2006, les Drs H_____ et I_____ ont rendu leur rapport d'expertise, notamment sur la base de six entretiens avec l'assuré d'une durée de 50 minutes chacun les 12, 16, 19, 29 mai 9 et 30 juin 2006.

    Dans l'anamnèse, il est relevé que l'assuré, alors en Angola et âgé de huit ans, a été témoin de exactions commises par les différentes factions rebelles durant la guerre civile en 1975. Après 8-9 mois de vie dans un camp, son père est tué par un voisin qui l'aurait pris pour un terroriste. Il développe de la culpabilité en pensant que s'il n'avait pas été malade (fièvre typhoïde), sa famille aurait pu quitter le camp plus vite et son père ne serait par mort. La famille s'établit ensuite en Afrique du sud. A douze ans, il joue le rôle d'un père pour ses frères cadets. Sa mère, dépressive, amène ses enfants au Portugal. Le conflit avec la famille (oncles et cousins) étant important, la mère et ses quatre fils repartent en Afrique du sud. A cette époque, il

développe des idées suicidaires et vit un état dépressif. C'est à l'âge de treize ans qu'il consomme du cannabis et de l'alcool, pendant les fins de semaine ou lors de tristesse importante, avec idées suicidaires. Ensuite, il s'est prostitué auprès d'hommes plus âgés. A seize ans et demis, il se rend au Portugal pour fuir les procédures pénales et l'armée sud-africaine et y travaille comme chauffeur. A dix-huit ans, il se rend en Suisse chez un de ses oncles. Il travaille dans une boulangerie et consomme du cannabis lors de ses congés. A vingt-deux ans, il consomme de l'héroïne pendant ses congés. Il se marie en 1992. Il consomme quotidiennement de l'héroïne et occasionnellement de la cocaïne. En 1996, il débute une cure de méthadone et en 1998 un suivi chez le Dr A_____. Entre 1997 et 1998, il développe des idées délirantes de persécution et de jalousie maladive. Dès le 16 juin 2003, il est en arrêt maladie pour une durée indéterminée. Il consomme encore régulièrement de l'héroïne, un fois par semaine, et plus rarement de la cocaïne.

Les diagnostics posés sont :

- F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique.
- F11.22 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale.
- F11.24 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue.
- F14.24 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue.
- F13.20 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent.
- F17.24 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilise actuellement de la drogue.

Avec un traitement modifié, une amélioration de l'état n'était pas à exclure mais il faudrait plusieurs années d'une prise en charge intensive pour qu'elle advienne.

L'expert poursuit :

"Partant du principe que le trouble dépressif récurrent présenté par l'assuré est antérieur à ses premières consommations, on ne peut affirmer qu'elles ont provoqué une maladie ou un accident. En revanche, il est certain qu'elles ont eu et ont encore des conséquences tant sur le plan biologique, que psychique ou encore social et qu'elles sont à même de précipiter, d'aggraver ou de prolonger des épisodes dépressifs. De ce fait, M. V_____ présente une incapacité de travail de 100 % qui, actuellement, en plus d'intéresser son activité professionnelle antérieure, concerne toute activité professionnelle. En revanche, en cas d'une nette amélioration de son état, une reprise d'activité à 50 % dans un domaine où les

sollicitations physiques et psychiques seraient moins importantes que par le passé est envisageable et même souhaitée par l'assuré. Les dépendances diverses présentées par M. V_____ sont la résultante du trouble dépressif récurrent dont il souffre depuis sa préadolescence. Actuellement, en raison de ce trouble, sa capacité de travail est nulle dans son activité antérieure comme dans toute autre activité. C'est seulement en cas d'une amélioration de son état dépressif et de sa toxicodépendance, grâce à un suivi plus intensif, que l'assuré pourra reprendre une activité à temps partiel dans un domaine moins stressant tant sur le plan physique que psychique. (…)

Né en Angola, M. V_____ a été confronté à une situation de guerre civile dès l'âge de 8 ans. Il a alors été témoin de scènes traumatisantes (molestations, humiliations, exécutions, etc.). A 9 ans, son père décède dans des circonstances qui n'ont jamais été clarifiées. Pour lui, il s'agit clairement d'un assassinat dont il se sent encore maintenant responsable puisque sa famille n'avait pas pu regagner le Portugal car il était malade. Il a grandit dans des circonstances difficiles : une mère déprimée, une situation de "parentification", des humiliations répétées relativement à ses origines portugaises (Apartheid) il a développé précocement une symptomatologie dépressive qui s'exprimait par un retrait social, un abandon de la scolarité et des troubles du comportement (délits, prostitution, etc.). A cela s'ajoutait la présence d'une tristesse importante associée à des idées suicidaires. Dans ces périodes dépressives, M. V_____ était également envahi par des remords et de la culpabilité relativement au décès de son père. Afin de se mettre à distance de cette pénible réalité et des idées destructrices qui l'accompagnaient, il consommait des toxiques. Ainsi, dès l'enfance, l'assuré a été exposé à des facteurs environnementaux pouvant faire émerger une vulnérabilité particulière aux divers facteurs de stress rencontrés au cours de l'existence tant sur le plan professionnel que social ou familial. Déprimé et incapable de se calmer lui-même lorsque l'anxiété et les remords l'envahissaient, il s'automédiquait en consommant des toxiques. Les premiers épisodes du trouble dépressif récurrent qu'il présente remontent à sa préadolescence et se sont répétés jusqu'à présent. La toxicomanie et le trouble dépressif récurrent présenté par M. V_____ s ont étroitement liés et s'auto-entretiennent. La toxicomanie de M. V_____ ests à considérer comme une "réponse" - certes, mal adaptée - à son trouble dépressif récurrente et, en ce sens, elle est secondaire à ce dernier. En d'autres termes, le trouble dépressif récurrent présenté par l'assuré depuis sa préadolescence est à l'origine de son incapacité de gain".

24. A la suite de l'expertise, le SMR suisse romande a émis un avis médical le 27 juillet 2006, selon lequel "le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être posé tel quel; il n'est pas documenté. Il n'y a notamment aucun status psychiatrique décrit permettant d'arriver à ce diagnostic. D'autre part, comme le mentionne l'expert, l'assuré est arrivé à l'entretien avec des signes d'une imprégnation aux opiacés, ce qui, selon la CIM-10, ne permet pas de poser de diagnostic de trouble dépressif.

Celui-ci ne peut être posé qu'en absence de toute imprégnation de toxique. D'autre part, l'expert signale que l'état dépressif a précédé la prise de drogue, mais dans son rapport, il est signalé que l'assuré consomme des toxiques notamment cannabis et alcool dès l'âge de 13 ans. Et il n'est nullement signalé qu'il a vu un médecin pour un état dépressif à cette période où dès son retour au Portugal à l'âge de 16 ans et demi. Par contre durant cette période, il se prostitue avec des hommes plus âgés afin d'en tirer avantage, et risque la maison de correction en raison de divers délits. Il travaille dans le bâtiment avant de se mettre à son compte comme gypsier-peintre. Il n'y avait donc à cette époque-là aucune maladie psychiatrique, dépression ou autre invalidante. On ne peut donc considérer que sa toxicomanie est secondaire puisque à cette époque là il n'y avait pas de maladie psychiatrique prouvée médicament et l'expert ne peut faire remonter un trouble dépressif récurrent à ce moment là, sans l'attester par des faits précis. En conséquence, notre avis médical du 19 décembre 2005 reste valable, l'expertise psychiatrique n'étant pas probante, sa conclusion comme quoi l'assuré est en incapacité de travail totale en raison ne peut être acceptée. Le diagnostic n'est pas posé selon les critères scientifiques et reconnus du CIM-10".

25. Le 7 août 2006, l'OCAI a déclaré qu'il n'était pas démontré que l'assuré ait présenté des atteintes à la santé indépendantes de toute consommation de toxiques et que cette consommation était responsable des problèmes de santé de l'assuré. Les précédents rapports médicaux des "établissement hospitalier"(28 juin, 9 juillet 2002 et 30 décembre 2003) ne faisaient en outre pas état de troubles indépendants de la toxico-dépendance.

26. Le 31 août 2006, le recourant a observé que selon l'expert sa toxicomanie résultait clairement d'une atteinte à la santé. A treize ans, la consommation de cannabis et d'alcool était occasionnelle et il n'avait débuté la consommation d'héroïne qu'en 1990. Il avait souffert d'un état dépressif sans avoir pu malheureusement se faire suivre médicalement.

27. Le 19 septembre 2006, le Tribunal de céans a soumis l'avis médical du SMR aux experts, en leur demandant de répondre à ses critiques.

28. Le 13 octobre 2006, les experts ont rendu un complément d'expertise. Ils relèvent :

"Déjà vers l'âge de 12 ans le patient présente, sur le plan scolaire, des chutes importantes dans ses résultats. Cette baisse importante de rendement dans ses résultats scolaires annonce déjà une dégradation plus grave de son état qui prendra place avant la consommation de toxiques. En effet, plus tard il va présenter un retrait social et des idées suicidaires, précisées dans notre rapport. Ces différents points parlent clairement en faveur de la présence d'un état dépressif chez l'assuré. C'est dans ce contexte qu'il débutera sa consommation de toxiques (…)

Un score de 18 points à l'échelle de Hamilton démontre l'existence d'une symptomatologie dépressive bien présente et qui s'état traduite le jour de l'entretien par la présence d'un sentiment de culpabilité et une autodévalorisation, mais aussi par des idées de mort passives ("parfois je me dis que si je mourrais, ce serait la fin de mes problèmes"), des troubles du sommeil, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, de l'anxiété, une baisse de l'appétit et de la libido (…)

Le patient ne s'est jamais présenté sous l'effet de l'héroïne aux différents entretiens réalisés pour cette expertise et l'évaluation clinique a pu se dérouler dans de bonnes conditions, hors de tout état d'intoxication (…)

L'assuré explique que lorsqu'il se trouvait en Afrique du sud, plutôt que des médecins, c'est le commandant de la base militaire où il vivait qu'il a vu, en raison de ses troubles du comportement. L'armée sud-africaine était à cette époque engagée dans de conflits armés et les seuls médecins présents s'occupaient des blessés qui revenaient du front. Ce n'est pas dans un tel environnement que les comportements de l'assuré auraient pu être compris comme les signaux d'une détresse psychologique et pris en charge par un généraliste ou un spécialiste. En outre, un trouble dépressif récurrent est caractérisé par des phases de rémission durant lesquelles les patients ne ressentent pas le besoin de consulter".

S'agissant de la prostitution et des délits commis, il relève que "les troubles de l'humeur chez les adolescents peuvent se manifester par des troubles du comportement, tels que des mises en danger à répétition, des comportements à risque et en infraction avec les normes et les lois établies".

En conclusion, la toxico-dépendance du patient était secondaire à son état dépressif.

29. Le 7 novembre 2006, le recourant a relevé que l'expertise se basait sur six entretiens alors que le SMR ne l'avait jamais vu, que l'avis de celui-ci était infondé et qu'il convenait de suivre la conclusion de l'expertise.

30. Le 8 novembre 2006, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et transmis un avis du SMR du 6 novembre 2006 selon lequel ces mauvais résultats scolaires à l'âge de 12 ans ne résultaient pas nécessairement d'une maladie dépressive, l'échelle de Hamilton ne servait pas à poser des diagnostics psychiatriques mais uniquement les critères de la CIM-10. Or, celle-ci prévoyait que si les symptômes d'une dépression étaient imputables à l'effet de substance, on en pouvait pas poser le diagnostic d'une dépression majeure.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a) ch. 2 LOJ le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) 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.

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce, dès lors que le recourant est en incapacité de travail depuis juin 2003, qu'il a déposé une demande de prestations AI le 8 août 2004 et que la décision litigieuse a été rendue le 28 octobre 2005. En conséquence, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 entrées en vigueur le 1er janvier 2004 sont également applicables.

4. a) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 margé du travail équilibrée 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. 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.»

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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 (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 (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

5. a) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies 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'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. 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 décisif 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

b) A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une 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 qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références; ATFA du 9 décembre 2003, I 563/02).

c) Selon la jurisprudence (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), le principe de la réadaptation par soi-même exige de l'assuré qu'il entreprenne de lui-même tout ce qui est convenable pour améliorer sa capacité de gain, en premier lieu par l'épuisement de toutes les possibilités de traitements. Le fait que l'assuré ne satisfasse pas suffisamment à son obligation de réduire le dommage peut être pris en considération dans le cadre de l'art. 31 al. 1 LAI et conduire au refus, total ou partiel, du droit à une rente durable ou temporaire. Cette jurisprudence reste valable après l'entrée en vigueur des articles 6 et 21 al. 4 LPGA (ATFA du 19 septembre 2006, cause I 404/05).

6. a) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l’administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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 effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, l'expertise judiciaire et son complément des Drs H_____ et PERRIN, respectivement chef de clinique et médecin interne à l'unité de toxicodépendances de Belle-Idée, revêt pleine valeur probante. En effet, tout d'abord elle se fonde sur six entretiens avec l'assuré, d'une durée de 50 minutes chacun et sur une période d'un mois et demi. Ensuite, elle tient compte des plaintes exprimées par le patient et l'anamnèse est particulièrement détaillée et complète. Enfin, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions sont claires et motivées. Les experts annoncent des diagnostics reconnus selon la CIM-10 (F33.11; F11.22; F11.24; F14.24; F13.20 et F17.24), en se prononçant sur la gravité des affections.

   Ils ont ainsi clairement expliqué que le trouble dépressif récurrent et les diverses dépendances étaient intriqués et entraînaient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité professionnelle.

S'agissant du diagnostic actuel de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, les experts ont expliqué que, sur le plan thymique, le recourant présentait une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, notamment fondée sur un test (échelle de Hamilton) sans idéation suicidaire ainsi qu'un vécu assez persécutoire de sa situation actuelle et de son histoire de vie en général. Ils ont constaté un sentiment de culpabilité, une autodévalorisation, des idées de mort passives, des troubles du sommeil, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, de l'anxiété, une baisse de l'appétit et de la libido. Ils ont précisé que le patient ne présentait pas une intoxication aiguë aux opiacés et qu l'évaluation clinique s'était déroulée dans de bonnes conditions.

Ces constatations, faites sur la base de plusieurs entretiens, répondent aux exigences posées dans le cadre d'une expertise. En particulier, on constate que les experts ne se sont pas limité à utiliser un test (échelle de Hamilton) mais ont énumérés de multiples traits caractéristiques de la dépression, en se fondant sur les plaintes subjectives du recourant et sur leur propre examen (cf. à cet égard ATFA du 19 septembre 2006, cause I 404/05).

S'agissant de la symptomatologie dépressive présentée par l'assuré alors qu'il avait 12 ans, soit antérieurement à la prise de toxiques, ils l'ont également motivée en exposant non seulement l'apparition de chutes importantes dans les résultats scolaires du recourant mais aussi un retrait social, des idées suicidaires, des sentiments de trahison importants et le désir de ne plus faire partie de sa famille. Par ailleurs, les experts ont souligné le parcours particulièrement difficile du recourant dès son enfance puisqu'il a été confronté à une situation de guerre civile, en étant le témoin de scènes traumatisantes, à l'assassinat de son père dont il se sent responsable, à la dépression de sa mère, à des humiliations répétées et à une absence de cadre éducatif clair. Les experts ont souligné, avec pertinence, que l'absence de consultation chez un médecin à l'âge de 13 ans, était, dans ce contexte, tout à fait explicable, comme l'étaient par la suite le comportement délictueux et la prostitution, soit des troubles du comportement en relation, selon les pédopsychiatres, avec les troubles de l'humeur chez les adolescents.

8. Au vu de ce qui précède, les critiques émises par le SMR à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas pertinentes, ce d'autant que, comme le relève le recourant, les médecins du SMR ne l'ont jamais examiné.

   Le rapport d'expertise contient ainsi suffisamment d'éléments permettant de se convaincre, d'une part que la toxico-dépendance du recourant résulte elle-même d'une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie, soit un trouble dépressif récurrent remontant à la préadolescence, la toxicomanie étant ainsi à considérer, selon l'expertise, comme un réponse audit trouble, d'autre part que les diverses dépendances ainsi que le trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique actuellement présent entraînent une incapacité de travail dans toute activité.

9. Les experts ont conseillé une prise en charge, soit un suivi psychothérapeutique avec un spécialiste des addictions, une modification de la médication antidépressive et l'introduction d'un traitement visant à diminuer ses envies (cf. expertise p. 6). On ne saurait toutefois reprocher au recourant de ne pas avoir débuté plus tôt cette thérapie dès lors qu'il ne ressort pas du dossier qu'un tel traitement lui aurait été proposé antérieurement et qu'il l'aurait refusé. Au contraire, il était suivi par le Dr A_____ dès 1998, lequel a assuré le traitement de maintenance aux opiacés et le suivi physique du recourant. Par ailleurs, les experts ont relevé qu'une telle thérapie ne pourrait améliorer l'état de santé et donc la capacité de travail que dans plusieurs années. En conséquence, le recourant n'a pas failli à son obligation de réduire le dommage (cf. supra consid. 5c)).

10. Il convient ainsi d'admettre que l'atteinte à la santé constituée par le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique ainsi que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances, avec syndrome de dépendance, est durable et entraîne une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 16 juin 2003, date de l'arrêt maladie du recourant pour une durée indéterminée.

11. Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière de l'assurance invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 1er août 2004, sa demande de prestations ayant été déposée le 6 août 2004 (art. 48 al. 2 LAI).

12. Le recours sera en conséquence partiellement admis (dans la mesure où le recourant conclut à une rente entière dès le 1er juin 2003 et que celle-ci n'est accordée que depuis le 1er août 2004), la décision sur opposition de l'OCAI du 28 octobre 2005 annulée et l'intimé condamné à verser au recourant une indemnité de fr. 2'500.-.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition du 28 octobre 2005 de l'OCAI.

4. Dit que M. Joao Manuel V_____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er août 2004.

5. Condamne l'OCAI à verser au recourant une indemnité de fr. 2'500.-.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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