

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4172/2008

ATAS/157/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 17 février 2010**

En la cause

Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourant

contre

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

intimé

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

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur G\_\_\_\_\_, né en 1967, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de maçon. Il a travaillé de 1987 à 1990 chez X\_\_\_\_\_ comme opérateur polyvalent pour le contrôle final de montres-bracelets. Entre 1990 et 1995, il a travaillé dans différents emplois temporaires (réceptionniste, garde de maintenance). En dernier lieu, il était employé comme nettoyeur moderne Y\_\_\_\_\_ durant six mois.
2. Dans son rapport du 8 septembre 1976 à l'attention de l'assurance-invalidité, la Dresse L\_\_\_\_\_, psychiatre infantile, demande la prise en charge d'une psychothérapie pour l'intéressé. Elle mentionne que l'enfant a assisté à des scènes violentes entre ses parents jusqu'à leur divorce il y a deux ans, ce qui a donné lieu à ses placements multiples en internat. Dès le début de la scolarité, on note une instabilité importante : il provoque des accidents de ses camarades, fait des crises violentes à la maison, casse des objets et bat sa mère. La Dresse L\_\_\_\_\_ décrit l'enfant comme étant intelligent, mais angoissé, faisant de fréquents cauchemars, avide d'affection et d'attention, alors qu'il est livré à lui-même et immature. Depuis deux ans, il est placé à la Maison des Charmilles. Il a évolué dans son adaptation sociale, mais reste fragile, mal structuré et d'humeur très labile. "Tout est toujours à reconstruire", selon ce médecin.
3. Du dossier de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA) ressort que l'assuré a subi de multiples accidents entre 1989 et 1995 (bagarres, agressions, coups de couteaux). Le 5 mars 1990, il a reçu un coup de lame au rasoir au niveau de la joue droite de la part d'un codétenu à la prison de Champ-Dollon où il était incarcéré, ce qui lui causera une cicatrice définitive transversale. Le 20 juin 1998, il est agressé à l'arme blanche. Cette agression entraîne un hémithorax gauche nécessitant la pose d'un drain. Par la suite, l'assuré développe une bronchopneumonie résistante à l'Augmentin. Un épanchement nécessite un nouveau drainage. En parallèle, l'assuré est suivi par la consultation de psychiatrie pour un état de stress post-traumatique.
4. En 1998, un abcès hépatique drainé est diagnostiqué. A la même période, l'intéressé présente également une maladie de Lyme avec main droite tombante qui régresse complètement.
5. Dans son préavis médical du 13 août 2001, le Dr M\_\_\_\_\_, interniste et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) indique que l'arrêt de travail certifié par le Dr N\_\_\_\_\_ est dû à des motifs psychiatriques. Une fois l'état psychique stabilisé, la reprise d'un emploi serait tout à fait concevable.

6. Du 3 au 13 mai 2002, l'assuré est hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana. Le rapport du 22 mai 2002 de cette Clinique mentionne à titre de diagnostic principal rééducation après abus de drogue. Les co-morbidités sont les suivantes : dépendance aux opiacées, utilisation actuelle, trouble du comportement alimentaire, trouble de la personnalité émotionnellement labile type "borderline" et surcharge pondérale.
7. Selon le rapport médical du 9 juin 2003 du Dr N\_\_\_\_\_, interniste, le patient est un polytoxicomane de longue date. Il diagnostique un trouble de la personnalité type borderline, des troubles du comportement alimentaire, un status après broncho-pneumonie en 1998 et bronchite chronique, des séquelles de nombreux traumatismes sur chutes et bagarres, un status après luxation du coude gauche en mars 2002, un status après maladie de Lyme, une gastrite chronique avec reflux gastro-oesophagien et des problèmes socio-économiques graves. Le patient est difficile sur le plan caractériel, d'humeur labile tantôt hyperactif et tantôt adynamique, avec des prostrations importantes. Le seuil de frustration est très bas. Le Dr N\_\_\_\_\_ note par ailleurs des troubles de la concentration, une perte de confiance en lui et des idées suicidaires graves. Le patient ne consomme plus d'héroïne, mais parfois de la cocaïne. La consommation de haschich est en régression. Le pronostic de ce médecin est "Plus que sévère car idées noires de plus en plus soutenues".
8. Le 9 août 2003, l'assuré se tord la cheville gauche. L'IRM réalisée le 21 août 2003 montre une contusion osseuse étendue sur toute la partie distale du tibia, la majeure partie de l'astragale et le sustentaculum du calcanéum, un foyer de contusion avec probables déchirures partielles de l'extrémité distale du tendon du muscle tibial postérieur et un épanchement articulaire dont l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Dans son rapport du 14 septembre 2004, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement pour la SUVA, constate un déficit de flexion et d'extension de la cheville gauche et une hypoesthésie sur le bord externe du pied gauche. Le traitement sera terminé après les séances de physiothérapie. Toutefois, "La reprise de travail dans un métier du bâtiment n'est pas une proposition qui peut être faite de manière raisonnable".
9. Par demande reçue le 22 août 2005, l'assuré requiert des prestations de l'assurance invalidité, en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession.
10. Selon le rapport du 22 novembre 2005 du Dr P\_\_\_\_\_, généraliste, le patient est atteint d'un trouble d'hyperactivité et de déficit d'attention (THADA) et de toxicomanie mixte. Des troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline sont suspectés. L'état global est stabilisé, après le diagnostic du THADA et son traitement par Ritaline et Concerta. Selon l'appréciation de ce médecin,

"Vu la gravité de la symptomatologie, malgré l'amélioration du THADA, le pronostic d'une remise à conformité minimale socio-professionnelle reste réservée : le patient aura besoin d'aide soutenue pour se stabiliser."

Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il indique que la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent peut être amélioré "dans la mesure où les mesures médicales peuvent s'appuyer sur les mesures sociales et professionnelles et réciproquement". Le Dr P \_\_\_\_\_ ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail exigible et recommande un examen neuropsychologique.

11. Selon le rapport médical du Dr N \_\_\_\_\_, reçu à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le 26 mai 2006, les diagnostics sont les suivants : expolytoxicomanie (héroïne, codéine, benzodiazépines) - cocaïne parfois; status post-maladie de Lyme avec parésie résiduelle de l'extenseur du pouce avec faiblesse du poignet droit; séquelles de contusions multiples au niveau de la colonne dorso-lombaire et articulaires; troubles de la personnalité de type borderline sur fond d'hyperactivité. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il note une gastrite chronique et des crises d'épilepsie en période de sevrage. L'état est stationnaire. Dans les constatations objectives, il mentionne des contractures musculaires para-vertébrales bilatérales, des inclinaisons latérales limitées, une mobilisation du coude droit sensible, une force de préhension de la main droite limitée, une irritabilité et une hyperactivité même pendant la consultation.
12. A la demande de l'OAI, l'assuré fait l'objet d'une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale. Celui-ci procède à un examen clinique, à des examens spécialisés psychiatrique, rhumatologique et neuropsychologique fin 2006/début 2007. A trois reprises, l'assuré ne se présente pas aux rendez-vous qui lui ont été fixés. Dans l'anamnèse du rapport d'expertise du 3 juillet 2007, il est notamment noté que l'assuré vit seul et n'a plus de contact avec sa famille. Dans ses loisirs, il s'intéresse à créer des morceaux de musique sur son ordinateur. Selon l'évaluation psychiatrique effectuée le 15 décembre 2006 par la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie selon les indications du rapport d'expertise, l'assuré souffre de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées entrant dans le cadre d'un syndrome de dépendance, avec suivi actuel d'un régime de substitution sous surveillance médicale, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et d'un THADA. Elle relève que l'expertisée a eu les capacités de s'investir dans un apprentissage et d'obtenir son CFC après le deuxième essai. Par la suite, il a su s'adapter dans son travail. Son équilibre professionnel a cependant été touché par la consommation de toxiques. Suite à l'introduction d'un traitement approprié de Concerta et de Ritaline, l'assuré a eu une amélioration au niveau psychomoteur et cognitif. Le trouble de la personnalité est caractérisé par une sensibilité émotionnelle, un manque affectif et

un sentiment exagéré d'abandon, une impulsivité et une prise de risques sans considération de la gravité de son comportement et des conséquences possibles. Néanmoins, l'assuré a pu dépasser les limitations y liées et s'intégrer au niveau professionnel "jusqu'à l'exacerbation d'un état dépressif suite à une peine de privation de liberté considérée comme injuste par l'assuré et suite à une agression en 1990 qui a laissé une balafre sur le visage, inacceptable pour l'assuré pendant longtemps". La Dresse Q\_\_\_\_\_ indique en outre que "Cet état dépressif a été mis au second plan par la toxicomanie qui a représenté à l'époque une sorte d'autothérapie." Depuis le traitement de Ritaline et de Concerta, l'assuré a réussi à s'engager dans un projet de sevrage de toxiques sous surveillance médicale et substitution par méthadone. Ce sevrage a porté une amélioration très importante. Toutefois, l'assuré reste fragile et l'exacerbation de l'angoisse devient rapide, dès qu'il est confronté à une situation qui pourrait être génératrice potentielle d'angoisse comme par exemple le travail. La Dresse Q\_\_\_\_\_ estime que l'assuré a de bonnes capacités pour une réinsertion professionnelle, à condition qu'elle soit synchronisée par un soutien médical intensif. L'intégration devrait par ailleurs être précédée d'une préparation psychologique et se passer de façon progressive. Elle propose une reprise à 50 % dans un premier temps et une réévaluation après une période de six mois environ. Sur le plan physique, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi que rhumatologie, retient que les séquelles liées aux différents accidents sont modestes. Les limitations sur le plan physique sont les suivantes: l'assuré ne doit pas marcher sur le terrain inégal, ne peut pas courir, doit pouvoir s'asseoir après une heure de station debout, ne doit pas monter sur des tabourets et échelles. Les métiers du bâtiment sont contre-indiqués. Sur la base d'un examen neuropsychologique, les experts constatent par ailleurs que la prise toxique a entraîné une détérioration intellectuelle chez l'assuré, impliquant une diminution de ses capacités à acquérir de nouvelles connaissances et à résoudre de nouveaux problèmes. Le traitement psychotrope stabilise son état, mais pourrait également diminuer en partie ses facultés de concentration. Dans leur appréciation globale, les experts retiennent une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations. L'expertisé n'est plus apte à travailler comme polyvalent dans l'industrie horlogère, ni à assumer un poste à responsabilité en raison de ses limitations cognitives. Il reste cependant apte à travailler comme vendeur, réceptionniste ou aide-mécanicien ou dans toute autre activité simple et répétitive, en bénéficiant d'un encadrement personnalisé. La capacité de travail résiduelle existe depuis 2004. Les experts estiment enfin que la toxicomanie est secondaire à un trouble de l'hyperactivité et de déficit de l'attention.

13. Selon l'examen neuropsychologique de M. H\_\_\_\_\_, effectué les 27 février et 2 mars 2007 dans le cadre de l'expertise précitée, l'assuré consomme toujours des joints et dit avoir fumé un joint environ quatre heures avant le 1<sup>er</sup> rendez-vous et un autre le matin du second rendez-vous. Le psychologue note ce qui suit :

"Il exprime un grand manque de confiance en lui, une peur très marquée du "jugement" des autres. Il apparaît sévèrement anxieux et souvent désorganisé dans sa manière de s'exprimer et de fonctionner au niveau cognitif. Il se plaint par ailleurs de se sentir ainsi dispersé "à tous les niveaux", malgré le traitement de Ritaline (...).

Le score à une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété (STAI) signe une anxiété état et une anxiété trait très élevée.

M. G\_\_\_\_\_ dit souffrir de n'avoir aucune activité. Sans plus aucune vie sociale, il reste enfermé chez lui et sa principale, si ce n'est sa seule occupation, consiste à jouer de la musique (...). Il n'ose toutefois pas jouer en présence d'autres personnes de peur de leur jugement. Cela le bloque même de s'enregistrer pour son seul profit".

Le quotient d'intelligence (QU) est de 78. Un tel quotient ne permet pas de retenir que les compétences dont l'assuré fait état dans son anamnèse professionnelle soient encore celles qu'il décrit. La cause de cette détérioration est probablement liée aux abus de toxiques et aux troubles psychiques, lesquels sont qualifiés de graves. Le psychologue ne se prononce pas sur la répercussion des troubles dans l'activité actuelle, dans la mesure où l'expertisé est sans activité professionnelle depuis plusieurs années. Il se pose la question de la réinsertion professionnelle, l'expertisé souhaitant avoir une activité au quotidien. En raison des limitations cognitives, une réadaptation professionnelle paraît cependant peu envisageable. Néanmoins, le fonctionnement cognitif pourrait s'améliorer si l'état psychique de l'expertisé qui se décrit comme étant très déprimé "parce qu'il reste enfermé et sans contact social" s'améliorait et/ou s'il parvenait à renoncer complètement au cannabis. Le psychologue poursuit comme suit :

"Les troubles psychiques dont souffre cet expertisé et les troubles du comportement qui en découlent constituent en fait la principale source de limitations à une réinsertion professionnelle, bien avant les limitations cognitives qui en découlent en partie.

Il faut par ailleurs tenir compte de son anxiété sociale qui limite les capacités à affronter un travail de contact avec des inconnus. L'anxiété sociale peut aussi être augmentée par l'usage de THC, tout comme la dépression d'ailleurs.

Le cas échéant, M. G\_\_\_\_\_ pourrait être réinséré, dans une activité reposant le plus possible sur les aptitudes verbales, qui sont restées stables chez lui. On pourrait penser à des tâches de bureaux simples par exemple, à des tâches de tri, à un travail de coursier dans une grande entreprise. Enfin, il faudrait envisager un taux d'activité progressif."

14. Selon la note relative à un entretien téléphonique du 28 avril 2008 entre le Dr Jean-François S\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) et le Dr P\_\_\_\_\_, l'assuré est actuellement totalement incapable de travailler en raison du THADA, selon ce dernier médecin. Néanmoins, celui-ci estime qu'il serait bien pour son patient de reprendre le travail. Une activité d'ouvrier d'atelier n'est plus possible dans l'usine d'or chez X\_\_\_\_\_, car l'assuré a été emprisonné. A cause de son trouble, il devient par ailleurs violent. A cela s'ajoute qu'il a des cicatrices sur son visage et n'a plus de dents, ce qui lui donne un aspect peu favorable. Le Dr P\_\_\_\_\_ demande que son patient soit convoqué au plus tôt par l'assurance-invalidité. Le Dr S\_\_\_\_\_ lui explique qu'il a manqué au rendez-vous fixé pour le 21 janvier 2008. L'assuré a été par ailleurs hospitalisé dès le 24 janvier 2008, mais était sorti rapidement.
15. Le 21 mai 2008, l'assuré a un rendez-vous avec la Division de la réadaptation professionnelle de l'OCAI. Il indique ne pas se sentir apte actuellement à reprendre une activité professionnelle. La réadaptatrice estime dès lors qu'une réinsertion professionnelle n'est pour l'instant pas envisageable et propose d'évaluer le droit à une rente d'invalidité.
16. Dans son rapport du 22 mai 2008, ladite division mentionne notamment que l'assuré dit vivre un cauchemar, sur le plan psychologique, et avoir d'importantes appréhensions par rapport à la décision de l'assurance-invalidité. La Ritaline a amené un grand changement positif dans sa vie. Sa perte de gain, dans une activité à 50 %, est évaluée à 52,8 %.
17. Le 27 mai 2008, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2004.
18. Par fax du 30 mai 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ demande des nouvelles au sujet de son patient. Il fait état d'avoir dit au Dr S\_\_\_\_\_ être favorable à une rente de 100% temporairement, l'acquisition du minimum vital faisant partie de la thérapie.
19. Par courrier du 17 juillet 2008 à l'OCAI, le conseil de l'assuré se constitue pour lui et demande à consulter le dossier.
20. Par décision du 1<sup>er</sup> août 2004, notifiée directement à l'assuré, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, l'OCAI l'annule et la remplace par une décision identique datée du 17 octobre 2008, laquelle est notifiée au conseil de l'assuré. A la demande du recourant, le Tribunal de céans déclare alors sans objet son recours contre la première décision, par jugement du 19 novembre 2008.
21. Par acte du 19 novembre 2008, l'assuré recourt contre la décision du 17 octobre 2008 de l'OCAI, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète, sous suite de dépens. Préalablement, il

demande qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, sur le plan psychiatrique. Il reproche à l'intimé de s'être basé sur l'expertise du Centre d'expertise médicale du 3 juillet 2008, alors même que la Dresse Q\_\_\_\_\_, désignée comme spécialiste FMH en psychiatrie dans le rapport d'expertise, n'a obtenu ce titre qu'en 2008. De surcroît, de l'avis du recourant, l'expertise multidisciplinaire sous-estime la répercussion des affections psychiques sur sa capacité de travail. Il relève aussi que son médecin traitant semble douter des conclusions de l'expertise, dans la mesure où il demande un complément d'expertise psychiatrique. De surcroît, le neuropsychologue relève un faible QI, lequel se superpose à des affections psychiques lourdes. Cela étant, le recourant fait valoir que la combinaison de ces différents facteurs le rendent en l'état totalement inapte à travailler et à s'insérer dans le milieu professionnel.

22. Par courrier du 4 juillet 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ fait part à l'OCAI qu'il estime nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique complémentaire. Certes, son patient possède encore de capacités d'adaptation et de progrès sur le plan professionnel. Cependant, l'état d'excitation, en partie due à la thérapie, rend toute activité professionnelle illusoire dans la continuité. En effet, il ne pourrait travailler que quelques jours, au maximum quelques semaines. Le Dr P\_\_\_\_\_ indique également que son patient prend des neuroleptiques.
23. Dans ses déterminations des 19 novembre 2008 et 5 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise multidisciplinaire effectuée et en considérant que la situation médicale a été parfaitement élucidée.
24. Par courrier du 30 mars 2009, le recourant sollicite une audience de comparution personnelle des parties.
25. Par ordonnance du 19 mai 2009, le Tribunal de céans met en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et la confie au Dr Philippe U\_\_\_\_\_.
26. Dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2009, l'expert judiciaire émet les diagnostics de forme grave d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline chez un homme ayant connu des traumatismes importants durant l'enfance, puis à nouveau de façon ponctuelle mais grave en 1990 et en 1998, ces nouveaux événements ayant déclenché une forme sévère d'état de stress post-traumatique qui a évolué vers une modification durable de la personnalité. A cela s'ajoute un syndrome de dépendance à des substances toxiques multiples (opiacées, cocaïne, cannabis, alcool) avec actuellement une diminution très importante de la consommation si ce n'est une abstinence sous régime thérapeutique de substitution. Enfin, l'assuré souffre d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, amélioré sous traitement de Ritaline. Sa capacité de travail est nulle et l'était selon toute vraisemblance déjà au moment de l'expertise du 3 juillet 2007 par le Centre d'expertise médicale. La capacité de travail semble être diminuée depuis 1998 en

tout cas. Son refus de participer à une mesure d'ordre professionnel était médicalement fondé. L'expert relève que le recourant a subi, durant l'enfance, de graves carences affectives et éducatives. Néanmoins, au début de l'âge adulte, il était parvenu à une relativement bonne intégration professionnelle. Ses réussites ont pu atténuer la problématique émotionnelle consécutive à ces carences. La détention en 1990 a eu un effet désastreux sur la suite de sa trajectoire de vie. Il a perdu un emploi dans lequel il était bien adapté et a été victime d'une grave agression dont les séquelles ont été pénibles, dès lors qu'elle atteignait dans le domaine sensible l'image de soi. Vraisemblablement, il a présenté à l'époque déjà des signes d'un état de stress post-traumatique. Les sentiments d'effroi, d'impuissance et de désarroi consécutifs à l'agression ont massivement réactivé la problématique de carences émotionnelles. Les abus de substance étaient motivés désormais par le besoin d'échapper aux émotions pénibles. Néanmoins, jusqu'en 1992, le recourant semble avoir réussi à déployer de façon encore relativement constructive des efforts pour se réinsérer dans le domaine professionnel. La situation s'est progressivement détériorée, surtout après que son amie l'a quittée en 1995. Est alors survenue une grave agression en 1998 qui a déclenché un état de stress post-traumatique. Les traumatismes antérieurs le prédisposaient à développer une telle pathologie. La constante réminiscence des événements traumatisants expose la victime à un stress permanent et les efforts pour essayer de s'en libérer, en consommant des toxiques, ne font que l'amplifier à long terme. Le tableau évolue alors vers une situation d'épuisement nerveux caractérisée par une importante labilité affective avec irritabilité, une intolérance au stress, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration jusqu'à aboutir au tableau de modification durable de la personnalité. Il est aussi possible que le THADA joue un rôle dans les difficultés de l'expertisé, mais celui-ci paraît secondaire. L'amélioration grâce à l'introduction du traitement de Ritaline paraît modeste et semble pouvoir s'expliquer en partie du moins par une évolution déficitaire chez une personne parvenue à un état d'épuisement tel, qu'il n'a en fait plus l'énergie nécessaire pour mener de façon aussi active une "carrière" de toxicomane. Les graves troubles de l'expertisé impliquent une fatigabilité importante, un effondrement des capacités évolutives et une diminution très marquée de la résistance au stress. Le système émotionnel est perturbé et la qualité des rapports interpersonnels en est affectée. Les troubles de la mémoire et de l'attention objectivés par l'examen neuropsychologique se manifeste également à l'examen clinique et rendent compte en partie de la désorganisation du comportement de l'expertisé. L'expert estime par ailleurs que les troubles du recourant sont si graves qu'une démarche d'intégration même progressive et accompagnée par une préparation psychologique, échouerait inévitablement.

27. Le 18 décembre 2009, le recourant se détermine sur l'expertise judiciaire et persiste dans ses conclusions, sur la base de celle-ci.
28. Dans son avis médical du 8 janvier 2010, la Dresse T\_\_\_\_\_ se prononce sur l'expertise judiciaire. En ce que l'expert retient une labilité affective et des

perturbations des réactions émotionnelles avec une perturbation des relations sociales et une incapacité de s'adapter à un quelconque environnement professionnel, le médecin du SMR estime que cela est en contradiction avec le fait que le recourant a réussi à effectuer une formation de maçon, à obtenir une attestation de programmeur-analyste et à travailler. Elle constate par ailleurs que l'appréciation de l'expert judiciaire est diamétralement opposée à celle de l'expertise du Centre d'expertise médicale. Par ailleurs, l'expert judiciaire n'explique pas s'il s'agit d'une toxicomanie primaire ou secondaire et si le recourant avait une maladie psychiatrique préexistante qui aurait de toute manière conduit à une incapacité de travail de longue durée. Enfin, la Dresse T\_\_\_\_\_ note qu'elle ne peut pas trancher entre ces deux expertises et que seule une évaluation neutre tenant compte des deux appréciations pourrait éventuellement donner des renseignements sur les répercussions du trouble de la personnalité sur le recourant.

29. Par écriture du 19 janvier 2010, l'intimé fait sien l'avis médical précité.
30. Par écriture du 4 février 2010, le recourant s'oppose à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire, en relevant que le Dr U\_\_\_\_\_ doit être considéré comme neutre.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20)).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant présente un degré d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente supérieure à 50%.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

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

Selon l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable in casu, si l'assuré présente sa demande plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations ne seront allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les 12 mois dès le moment où il en a eu connaissance.

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. Selon l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, le recourant présente des affections psychiques graves, à savoir une forme grave du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et une forme sévère d'état de stress post-traumatique, consécutif à deux traumatismes survenus en 1990 et en 1998, qui a évolué vers une modification durable de la personnalité. Le Dr U\_\_\_\_\_ a également diagnostiqué un syndrome de dépendance à des substances toxiques multiples, avec toutefois actuellement une diminution très importante de la consommation, si ce n'est une abstinence sous régime thérapeutique de substitution, ainsi qu'un THADA, amélioré sous traitement de Ritaline. Les limitations provoquées par ces atteintes sont importantes. Il s'agit d'une labilité affective et d'une perturbation des réactions émotionnelles conduisant à une perturbation des relations sociales et à une incapacité à s'adapter à un quelconque environnement professionnel et à y évoluer de façon tant soit peu constructive. A cela s'ajoute une fatigabilité importante, une diminution très marquée de la résistance au stress et des troubles de l'attention ou de la concentration. L'adaptation du recourant dans une quelconque activité lucrative est impossible et sa capacité de travail est dès lors nulle, selon l'expert judiciaire.

Cette expertise remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose notamment sur une anamnèse très détaillée et un examen approfondi, prend en compte les plaintes de l'assurée et a été rendue en connaissance du dossier médical complet.

Toutefois, les conclusions de l'expert judiciaire sont contredites par celles de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du Centre d'expertise médicale, laquelle a estimé au contraire que le recourant dispose de bonnes capacités pour une réinsertion professionnelle, à condition qu'elle soit synchronisée par un soutien médical intensif. Par ailleurs, elle a considéré que la capacité de travail, sur le plan psychiatrique, était de 50 %, du moins dans un premier temps.

Cependant, de l'avis du Tribunal de céans, aucune pleine valeur probante ne peut être attribuée au volet psychiatrique de cette expertise, d'une part pour une raison formelle, dès lors que la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne possédait pas encore un titre FMH au moment de l'examen psychiatrique, alors même qu'elle a signé avec ce titre. D'autre part, sur le fond, sa conclusion n'a pas convaincu le Tribunal de céans, étant

donné qu'il résulte aussi bien de l'expertise de centre d'expertise médicale que de l'examen neuropsychologique que le recourant présente une anxiété sociale énorme et une diminution de ses performances cognitives. Dans ces conditions, le Tribunal de céans estime que l'avis divergent de la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'est propre pas à mettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

Quant à l'avis médical du 8 janvier 2010 de la Dresse T\_\_\_\_\_, il sied de relever que cette dernière ne met pas en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire. Elle s'étonne toutefois que l'assuré ait pu mener à terme une formation de maçon avec CFC, obtenir une attestation de programmeur-analyste et travailler pendant quelques années avec une certaine réussite. Elle estime qu'il a ainsi réussi à faire preuve d'une certaine adaptation. Il ressort cependant de l'expertise judiciaire qu'un état de stress post-traumatique, consécutif non pas à un traumatisme mais à deux, s'est greffé sur le grave trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. L'état de stress post-traumatique a ensuite évolué vers une modification durable de la personnalité. On ne saurait dès lors comparer la capacité d'adaptation du recourant au début de l'âge adulte à celle qu'il présente aujourd'hui.

Selon la Dresse T\_\_\_\_\_, l'expert n'a non plus expliqué s'il s'agit d'une toxicomanie primaire ou secondaire et si le recourant avait une maladie psychiatrique préexistante qui aurait de toute manière conduit à une incapacité de travail de longue durée. Cela est inexact. En effet, le trouble de la personnalité était assurément préexistant aux abus des substances toxiques. Le recourant a d'ailleurs présenté déjà des troubles psychiques à l'âge de 9 ans, comme il ressort du rapport du 8 septembre 1976 de la Dresse L\_\_\_\_\_, laquelle a constaté une instabilité importante, l'enfant provoquant des accidents de ses camarades, faisant des crises violentes à la maison en cassant des objets, et battant sa mère. Elle a noté également que l'enfant était angoissé, faisait de fréquents cauchemars et était avide d'affection et d'attention. Il était fragile, mal structuré et d'humeur très labile. Par ailleurs, il sied de relever que, s'il est vrai que le recourant a commencé à consommer du cannabis depuis l'âge de 16 ans, il n'a commencé à prendre de l'héroïne qu'en 1992, après avoir été incarcéré et agressé, ainsi qu'après avoir perdu son emploi. Auparavant, il buvait de l'alcool et consommait des tranquillisants de la classe des benzodiazépines, en essayant de trouver un remède à ses difficultés depuis l'agression subie en prison, comme il l'a déclaré à l'expert judiciaire (p. 11). Il a découvert dans l'héroïne un "médicament" particulièrement efficace, estimant que cette substance avait un effet antidépresseur très puissant et lui faisait oublier sa cicatrice. Sous l'effet de cette drogue, il pouvait de nouveau téléphoner à sa copine et lui dire ses sentiments, faire face aux gens et retrouver de l'énergie. Sur la base de l'anamnèse et des déclarations du recourant, l'expert judiciaire a ainsi exposé que les abus de substances semblaient avoir eu une nature différente de la consommation plutôt "récréative" de cannabis, le recourant désirent désormais bien davantage échapper aux émotions pénibles consécutives au vécu traumatisant. Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que l'expert judiciaire s'est

clairement prononcé sur le caractère de la dépendance, soit dans le sens d'une dépendance secondaire, provoquée par une atteinte psychiatrique.

Cela étant, le Tribunal de céans estime qu'il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et ainsi de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale. Cela lui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière.

8. Quant au début du droit à la rente, il ressort de l'expertise judiciaire que la capacité de travail du recourant était diminuée depuis 1998 (p. 23, ch. 6). Il convient ainsi de constater que sa demande, déposée en août 2005, est tardive, de sorte que le droit à la rente a pris naissance 12 mois avant le dépôt de celle-ci, en application de l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2007, soit le 1<sup>er</sup> août 2004.
9. Par conséquent, le recours sera admis, la décision du 17 octobre 2008 annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2004.
10. Le recourant obtenant gain de cause, l'intimé est condamné à lui verser une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
11. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 17 octobre 2008.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2004.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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