

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4476/2007

ATAS/361/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 14 mars 2008**

En la cause

Monsieur L\_\_\_\_\_, domicilié à Genève

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Olivier LEVY et Christine KOEPEL, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur L\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), a déposé en date du 18 novembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité en invoquant une nervosité, des pertes de connaissance depuis l'enfance, un excès d'émotivité et des idées noires. Il a précisé que son atteinte remontait à la petite enfance.
2. Du curriculum vitae de l'assuré versé au dossier de l'OCAI, il ressort qu'après avoir suivi l'école primaire et secondaire, il a été en apprentissage de dessinateur en génie civil durant quatre ans, de 1981 à 1984. Il a ensuite travaillé comme dessinateur planificateur chez X\_\_\_\_\_ de 1986, à 1988, comme temporaire chez Y\_\_\_\_\_ Service et en poste fixe dans un bureau d'architecte de 1988 à 1990, comme employé de bureau temporaire au CERN en 1991, employé de bureau au Z\_\_\_\_\_ de 1992 à 1994, dessinateur en bâtiments temporaire en 1994, employé de bureau de 1994 à 1995, inspecteur de la construction au DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE L'ENVIRONNEMENT RÉGIONAL de 1996 à 1997 et enfin assistant technique au XX\_\_\_\_\_ de 1997 à 1998.
3. Interrogé par l'OCAI, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé, dans un rapport daté du 23 mars 2005, les diagnostics suivants : dépendance à la cocaïne, moyenne, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et traits de personnalité anti-sociale. Il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une dépendance chronique aux opiacés, en traitement de méthadone (patient abstiné), et une dépendance chronique aux benzodiazépines (en traitement). Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 26 mai 2000, date à laquelle le patient a commencé à le consulter, et a préconisé un examen complémentaire par un psychiatre.

De l'anamnèse, il ressort que l'assuré a souffert de syncopes entre l'âge de 3 et 10 ans. Le patient s'est décrit comme très perturbé durant l'adolescence. Il a précisé avoir été suivi par un conseiller d'orientation en raison de ses troubles mais le médecin n'a pas trouvé de dossier au Centre psycho-social. Le patient commence à consommer de l'héroïne à l'âge de 20 ans et s'injecte régulièrement dès l'âge de 21 ans. Il subit un traitement de sevrage de novembre 1989 à octobre 1992 à la Fondation Phénix, revient en traitement en mai 2000 en raison d'une rechute. Rapidement abstiné envers les opiacés, il continue à consommer régulièrement de la cocaïne. Depuis, l'évolution est caractérisée par une suite de déboires sociaux et professionnels qui entraînent, parallèlement à l'abus de cocaïne, un épuisement thymique et une perte de tout projet de vie.

Le médecin a constaté objectivement une grande labilité émotionnelle, avec tendance à extérioriser la source des problèmes sans remise en cause personnelle.

Le Dr A\_\_\_\_\_ a également relevé que le patient pouvait se montrer très violent, avec menaces verbales et physiques, lors de contrariétés, par exemple lors du resserrement du cadre thérapeutique, et qu'il n'avait jamais accepté d'hospitalisation ou d'investigations spécialisées.

Le médecin a émis un pronostic très réservé quant à une réinsertion professionnelle ou une reprise d'activité en précisant qu'un arrêt des consommations pourrait cependant modifier la situation.

Le Dr A\_\_\_\_\_ a émis l'opinion que la toxicomanie était la conséquence d'un trouble de la personnalité présent depuis l'enfance, qui a entraîné une augmentation de la dépression et de la labilité émotionnelle.

4. Le 11 juillet 2006, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refus le droit à des prestations au motif que, malgré plusieurs rappels, il n'avait pas communiqué les renseignements qui lui étaient demandés.
5. A la suite de quoi l'assuré s'est présenté au guichet de l'OCAI et a donné les informations nécessaires (10 août 2006).
6. Interrogé une nouvelle fois, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué, en date du 6 décembre 2006, que l'état du patient était resté stationnaire mais que la consommation de cocaïne avait baissé. Il a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : impulsivité, difficultés de concentration, absence de motivation. Il a ajouté que la gravité des troubles psychique nécessiterait une prise en charge psychiatrique mais que cette dernière avait été proposée au patient "sans grand résultat". Le Dr A\_\_\_\_\_ a réaffirmé la nécessité de procéder à un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
7. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du service médical régional AI (SMR). Ce dernier a établi en date du 8 juin 2007, un "rapport d'examen SMR" rédigé en ces termes :

"Assuré de 43 ans, séparé, sans enfant, ayant commencé un apprentissage de dessinateur au CEPIA de 1981 à 1985 (soit de 17 à 21 ans sans obtenir de CFC). Il commence à consommer de l'héroïne à 20 ans et s'en injecte régulièrement de l'âge de 21 ans. Il s'agit donc manifestement d'une toxicomanie primaire avec des troubles du comportement en relation avec une utilisation permanente de substance (cocaïne). L'arrêt du toxique et donc est exigible, d'autant que c'est l'avis du médecin traitant dans le pronostic qu'il formule dans son rapport du 23.03.2005".  
(sic)

8. Le 6 juillet 2007, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant toute prestation.
9. Par courrier du 27 juillet 2007, l'assuré a manifesté son opposition à ce projet. Il a, en substance, allégué "être à bout" après plusieurs événements de vie malheureux et demandé un rendez-vous.
10. Par courrier du 3 septembre 2007, le Dr A\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que son patient était totalement abstinent envers l'héroïne et la cocaïne depuis neuf mois. Il a ajouté que ses difficultés étaient réelles et qu'une expertise psychiatrique serait à son avis indiquée, d'autant plus que, vu l'abstinence, ses résultats ne seraient pas faussés.
11. Le dossier de l'assuré a une nouvelle fois été soumis au Dr B\_\_\_\_\_, qui l'a lui-même soumis au Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, dont il a rapporté qu'il avait pris connaissance du courrier du Dr A\_\_\_\_\_ et estimé que ce dernier ne contenait pas d'argument nouveau permettant de changer l'évaluation de la capacité de travail, en particulier "pas d'élément évoquant une atteinte psycho-organique ou toute autre atteinte ayant pu résulter de la toxicomanie et celle-ci n'a pas les caractères d'une toxicomanie ayant pu résulter d'une maladie psychiatrique susceptible d'empêcher une formation que l'assuré a effectuée, quoiqu'incomplètement et du fait de son choix de s'adonner à la toxicomanie" (sic).
12. Par décision du 23 octobre 2007, l'OCAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OCAI a estimé que les éléments médicaux réunis lors de l'instruction, s'ils démontraient certes une incapacité de travail totale depuis le 25 mai 2000, ne permettaient pas de conclure à la présence d'une atteinte à la santé car l'incapacité de gain était due avant tout à la toxicodépendance de l'assuré. L'OCAI s'est, pour le surplus, référé à l'avis du service médical régional AI (SMR).
13. Par courrier du 13 novembre 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conteste que ses problèmes soient dus à sa toxicomanie et demande à faire l'objet d'une évaluation psychiatrique. Il allègue avoir rencontré des troubles importants du comportement dans son enfance déjà; il explique qu'il avait une grande difficulté à contenir ses émotions, ce qui se manifestait par des crises de colère, de tristesse ou d'angoisse; dans sa tendre enfance, il a régulièrement fait des crises durant lesquelles il perdait connaissance, ce qui a donné lieu à plusieurs d'électroencéphalogrammes; ces crises ont brusquement cessé, mais il a continué à rencontrer des difficultés à se concentrer et à être régulièrement sujet à des crises de violence et de colère pour lesquelles il a été suivi par le psychologue de son école. L'assuré ajoute que, durant son adolescence, il a été sujet à des crises d'automutilation au moyen de cigarettes ou de lames de rasoir notamment. Il fait remarquer qu'à l'époque, il ne prenait aucun stupéfiant, puisqu'il n'a commencé à user de drogues que vers l'âge de 25 ans. Il fait remarquer que, bien qu'il soit

abstinent depuis près d'une année, ses troubles du comportement persistent sous forme de crises d'angoisse et de violence; il lui arrive encore de s'automutiler. L'assuré explique qu'il n'a parlé de ses crises d'automutilation qu'à sa sœur et que s'il accepte de s'en ouvrir aujourd'hui, c'est afin que sa situation soit réévaluée en toute connaissance de cause.

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 8 janvier 2008, a conclu au rejet du recours. Il a produit à l'appui de sa position un bref avis médical établi par le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne au service médical régional AI (SMR).

Ce médecin relève, après avoir pris connaissance du courrier de l'assuré et du rapport du Dr A \_\_\_\_\_, que l'assuré a pu commencer une formation de dessinateur de 1981 à 1985, que, s'il a interrompu cette formation, c'est en raison de ses problèmes de toxicomanie qui ont débuté vers l'âge de 20 ans. Le médecin émet l'avis que l'on ne peut raisonnablement imaginer qu'un apprenti puisse passer avec succès les premières années de sa formation, tout en étant affecté d'un trouble psychiatrique important; il en tire la conclusion que la consommation de toxiques doit donc être considérée non comme un traitement envers une quelconque angoisse ou une maladie psychiatrique, mais comme une "utilisation festive comportant son agrément et sa pleine conscience". Le médecin souligne par ailleurs que les allégations du recourant concernant le début de sa toxicomanie sont en contradiction avec les éléments du dossier. Quant au rapport du Dr A \_\_\_\_\_, dont le Dr B \_\_\_\_\_ relève qu'il est spécialiste en médecine interne, il estime qu'il n'apporte pas d'éléments qui ne soient pas connus des précédents rapports qui ont été soumis au Dr C \_\_\_\_\_. En définitive, le Dr B \_\_\_\_\_ reconnaît une toxicomanie indéniable, mais estime qu'il n'existe pas de pathologie psychiatrique invalidante ayant pu la motiver et qu'en l'absence de séquelles de la toxicomanie, ainsi que de suivi et de diagnostic émanant d'un psychiatre, il lui faut persister dans les termes de son avis précédent.

15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 28 février 2007. L'assuré a expliqué qu'il a commencé une formation de dessinateur en bâtiment, puis en architecture mais qu'il n'a jamais été jusqu'au certificat fédéral de capacité. Il a enchaîné les emplois temporaires en tant que dessinateur, peintre en bâtiment, nettoyeur, notamment, et n'a jamais eu d'emploi fixe.

Le recourant a allégué que, contrairement à ce qu'il a indiqué dans un premier temps, il n'a commencé à se droguer qu'après son mariage, soit vers l'âge de 24-25 ans. Il a par ailleurs formellement contesté le caractère "festif" de sa toxicomanie, dont il a expliqué qu'elle avait pour objectif de lui permettre de surmonter un profond mal-être.

Le recourant a ajouté qu'il est abstinent depuis seize mois mais que ses troubles du sommeil et du comportement subsistent malgré tout. Il a expliqué qu'il traverse des périodes d'angoisse profonde auxquelles il ne parvient à mettre un terme que par des comportements d'automutilation qui agissent comme des "coupe-circuits" : c'est ce qui lui permet de stopper la panique ou d'éviter de tomber dans la violence.

Le recourant, selon ses dires, a de tout temps rencontré des problèmes psychiques; il a souligné qu'au cycle d'orientation de Cayla, soit à la fin des années 70 déjà, il était suivi par le psychologue du cycle.

Son traitement médicamenteux quotidien consiste en 60 mg de méthadone, 30 mg de Remeron (antidépresseur), 2 mg de Xanax (anxiolytique) et 2,5 mg de Temesta en cas de crise.

L'assuré a précisé qu'il est suivi par le Dr A\_\_\_\_\_ et par Monsieur M\_\_\_\_\_, du centre de la Fondation PHENIX. Il s'est par ailleurs déclaré prêt à se soumettre à l'examen d'un expert psychiatre.

Madame COSTA, représentant l'intimé, a admis que l'assuré n'a pas fait l'objet d'un examen médical et que le Service médical régional ne s'est prononcé que sur la base du dossier. Elle a cependant relevé que ce dernier avait été soumis à un psychiatre qui a conclu à l'inutilité d'une instruction complémentaire.

16. A l'issue de l'audience, le recourant, à l'appui de ses dires, a produit une attestation médicale datée du 19 novembre 2007 et émanant du Dr A\_\_\_\_\_ et de Monsieur M\_\_\_\_\_, psychologue-clinicien. Ceux-ci y explique que l'assuré suit un traitement médical au centre de Lancy de la Fondation PHENIX depuis mai 2000, qu'il est totalement abstinent depuis 12 mois, ainsi qu'en attestent les examens régulièrement pratiqués une à deux fois par semaine. Ont été retenus les diagnostics suivants : trouble de la personnalité borderline (labilité émotionnelle, comportements d'automutilation, difficulté de régulation des émotions), de trouble dépressif chronique, de trouble explosif intermittent et de traits de personnalité antisociale. Ils ont confirmé que l'assuré suit une psychothérapie hebdomadaire et qu'il est sous médication.

### **EN DROIT**

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. 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.
4. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 16 LPGA prescrit que 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. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004).

5. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).
6. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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).

7. a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) 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, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

b) 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).

c) 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 œuvre 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).

8. En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations au recourant sur la base de l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, du SMR, lequel a rapporté les propos d'un autre médecin du SMR, spécialiste en psychiatrie, à qui il dit avoir soumis le dossier du recourant.

Le Tribunal de céans considère cependant que l'avis du Dr B \_\_\_\_\_ - et, indirectement, du Dr C \_\_\_\_\_ ne saurait cependant suffire à conclure à l'absence de troubles invalidants. En premier lieu, le rapport du Dr B \_\_\_\_\_, dont il convient de rappeler qu'il est généraliste, ne saurait se voir accorder la

moindre valeur probante. Ce rapport, constitué d'un seul et unique paragraphe de quelques lignes, se contente de conclure à une toxicomanie "primaire" en se référant à l'avis d'un psychiatre auquel on ignore même si le dossier a été soumis dans son intégralité et qui n'a pas contresigné le rapport. Par ailleurs, contrairement à ce que le Dr B\_\_\_\_\_ indique, il existe des éléments permettant de penser qu'il pourrait y avoir une atteinte psychique à l'origine de la toxicomanie de l'assuré. En effet, le médecin traitant de ce dernier conclut clairement en ce sens dans son rapport du 23 mars 2005.

S'y ajoutent les troubles psychiques dont le recourant allègue souffrir depuis l'enfance. Les diagnostics de trouble de la personnalité borderline avec labilité émotionnelle, comportements d'automutilation et difficultés de régulation des émotions ont été formellement posés par le médecin traitant et la Fondation PHENIX. Certes, ainsi que le fait remarquer l'intimé, le recourant a débuté une formation de dessinateur. Force est cependant de constater qu'il ne l'a pas menée à son terme et que, depuis lors, l'étude du rassemblement de ses comptes AVS individuels démontre qu'en réalité, rares sont les années durant lesquelles il a pu obtenir, par l'exercice d'une activité lucrative, un revenu supérieur à 10'000 fr. par an (1987, 1988, 1992, 1996 et 1998). Cette difficulté à conserver un poste fixe de manière durable étaye quelque peu le soupçon de troubles psychiques éventuels. Or, jusqu'à présent, jamais le recourant n'a fait l'objet d'un examen approfondi sur ce point. Dès lors, il apparaît nécessaire en l'occurrence, avant d'écarter purement et simplement toute éventualité d'atteinte à la santé invalidante sur la base du rapport lapidaire du SMR, de procéder, ainsi que l'a d'ailleurs suggéré à plusieurs reprises le médecin-traitant, à des investigations supplémentaires sur le plan psychiatrique, d'autant que le recourant étant désormais abstinent, les résultats des examens ne risquent plus d'être faussés.

En l'état, le dossier n'apparaît pas suffisamment instruit pour permettre au Tribunal de céans de se déterminer en toute connaissance de cause sur le point de savoir si les atteintes à la santé du recourant peuvent se voir reconnaître ou non un caractère invalidant.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre sur pied notamment une expertise qui sera confiée à un médecin ou un organisme spécialisé en psychiatrie et en matière de toxicodépendance, puis de rendre une nouvelle décision.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 23 octobre 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Brigitte LÜSCHER

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