

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4489/2006

ATAS/504/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 29 avril 2008**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître CARRON Geneviève

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Olivier LEVY et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Stéphane M\_\_\_\_\_, ressortissant suisse né en mai 1975, a effectué un apprentissage de mécanicien sur automobile, puis a travaillé dans cette branche de 1994 à 2001.
2. En date du 24 septembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité, visant à une rente, en raison d'une hépatite C, d'un trouble psychique et d'une toxicodépendance. Dans ce cadre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rassemblé diverses attestations médicales.
3. Dans son rapport du 28 octobre 2003, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en hépatologie, a diagnostiqué une hépatite chronique C en traitement depuis septembre 2003. L'état de santé était stationnaire et le patient se plaignait d'une fatigue importante. Il n'y avait pas d'incapacité de travail en ce qui concernait l'hépatite C.
4. Dans un rapport du 27 janvier 2004, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a diagnostiqué une hépatite C ainsi qu'une toxicomanie en cure de méthadone au long cours. Le patient suivait en outre un traitement par Interferon. L'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> août 2002. L'état de santé était stationnaire et pouvait être amélioré par des mesures médicales et professionnelles. Une reprise de travail à 100 % était envisageable à l'avenir. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 100 %, après le traitement d'Interferon et une psychothérapie. Il fallait s'attendre à une diminution modérée de rendement.
5. Dans un rapport du 4 novembre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Il a précisé que son patient suivait une cure de méthadone, était borderline et avait été incarcéré. La toxicomanie avait causé une inconstance, un manque de concentration et une instabilité. Le pronostic était incertain. L'incapacité était toujours totale en raison d'une grande instabilité mentale et l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, ni aucune autre activité. La capacité de travail ne pouvait être améliorée. Une reprise de travail pourrait être possible à 50 ou 100 % dans les quatre ans.
6. Dans un rapport du 9 novembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré depuis avril 2004. La capacité de travail était entière. L'hépatite chronique C était guérie.
7. L'assuré a été soumis à un examen psychiatrique, conduit par le Dr C\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Dans son rapport du 16 mai 2006, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré avait un lourd passé de toxicomanie qui avait commencé à l'âge de 12 ans. Il n'y avait pas de signe d'une autre maladie psychiatrique en dehors de cette toxicomanie. L'assuré présentait des traits de

personnalité hyperthyme, hyperactive, peut-être dyssociale. L'expert n'a pas retenu l'existence d'un trouble de la personnalité borderline, évoqué par les médecins traitants, en raison de la stabilité de l'assuré. Il était tout à fait exigible de demander à l'expert de reprendre son travail, ce qu'il avait d'ailleurs fait entre novembre 2002 et juin 2003. La seule limitation actuellement existante pour une reprise était le traitement avec de très fortes doses de benzodiazépines, qui était à l'origine d'un trouble du sommeil, important à sévère, et qui empêchait l'assuré de travailler avant 9 heures du matin et après 21 heures le soir. Cette limitation devrait facilement être éliminée par une adaptation *lege artis* du traitement médicamenteux.

8. Dans son avis du 26 mai 2006, la Dresse D \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'assuré présentait une totale capacité de travail dans sa profession, sans limitation fonctionnelle.
9. Par projet de décision du 6 juillet 2006, l'OCAI a proposé le rejet de la demande de prestations.
10. Par courrier du 5 septembre 2006, l'assuré a fait part de sa volonté de recourir contre le projet de décision de l'OCAI.
11. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré au motif qu'il présentait une toxicomanie primaire qui ne justifiait pas d'incapacité de travail.
12. Par courrier du 27 novembre 2006, l'assuré a fait part au Tribunal de céans de sa décision de recourir, expliquant que son nouveau médecin traitant, le Dr E \_\_\_\_\_ le soutenait dans sa démarche.
13. Par courrier du 30 novembre 2006, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a recouru pour son patient contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de mesures de reclassement professionnel. Ce médecin a fait valoir que le dossier de l'OCAI ne comportait pas d'avis psychiatrique rendu par un expert compétent en la matière. Il a pour le surplus demandé un délai pour compléter le recours.
14. Suite à une demande du Tribunal de céans, l'assuré a fait parvenir une procuration en faveur du Dr E \_\_\_\_\_, datée du 14 décembre 2006.
15. Dans un rapport du 17 janvier 2007 adressé au Tribunal, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr C \_\_\_\_\_ et le SMR avaient abouti à des conclusions erronées car ils n'avaient pas eu connaissance de l'expertise médicale judiciaire et du jugement pénal qui s'y rapportait, ainsi que des rapports de la Clinique psychiatrique universitaire de Genève. Par ailleurs, la situation de l'assuré n'avait pas été explorée au niveau psychotrope. En outre d'importantes carences et négligences parentales avaient eu lieu, ainsi que des abus sexuels, partiels, dans la prime adolescence, à l'extérieur du cadre familial. L'assuré présentait un trouble de

---

développement traumatique selon VAN DER KOLK, une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, une probable dépression masquée, ainsi qu'une polypharmacodépendance en rémission vraisemblablement partielle. La précocité de la polypharmacodépendance était symptomatique du trouble développemental traumatique. Le patient s'était livré à une délinquance de deux ordres, soit la revente de stupéfiants et des vols avec effraction, qui l'avaient conduit à une condamnation de 18 mois de prison. L'expertise psychiatrique établie à ce moment constatait la présence d'un trouble borderline de la personnalité de type impulsif et/ou antisociale. Le patient avait été mis sous contrôle de l'art. 44 du Code pénal, avec obligation de suivi psychiatrique et de suivi social. D'autre part, le recourant avait fait plusieurs séjours psychiatriques. En conclusion, l'assuré présentait un grave trouble de la personnalité entraînant des périodes prolongées d'incapacité de travail totales et un handicap psycho-relationnel chronique permanent. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a sollicité pour le recourant une évaluation par un psychiatre universitaire du Service d'abus de substances de Genève, un stage d'évaluation permettant de déterminer sa capacité d'intégration et d'apprentissage, une évaluation quant à l'utilité de mesures de reclassement professionnel ou d'aide au retour à l'emploi à la charge de l'assurance-invalidité, ainsi que la mise au bénéfice d'un suivi socio-éducatif prolongé.

16. Dans sa réponse du 18 janvier 2007, l'OCAI s'est référé au rapport d'examen psychiatrique du SMR du 16 mai 2006, qui avait pleine valeur probante et dont les conclusions devaient être suivies. Le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments nouveaux par rapport à ceux connus lors de l'examen du SMR; il était en outre rédigé par le médecin traitant, spécialiste en médecine interne et non psychiatre, et avait donc moindre valeur probante que l'avis de l'expert.
17. Dans un avis du 22 février 2007, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que la lettre de sortie de la Clinique psychiatrique s'agissant de l'hospitalisation du 27 au 30 avril 2001 et l'expertise pénale du professeur F\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2001 ne lui étaient en effet pas connues lors de son examen. Cependant, ces pièces ne remettaient pas en question son diagnostic car l'assuré ne commettait plus, depuis plusieurs années, de délits et ne présentait pas les traits caractéristiques d'un trouble de la personnalité borderline. On assistait très probablement à un trouble de la personnalité mixte mais qui n'entraînait pas une incapacité de travail durable. Quant à l'argumentation du Dr E\_\_\_\_\_, elle ne correspondait pas à la définition médico-légale d'une dépendance primaire ou secondaire aux substances psychotropes. Dès lors, le Dr C\_\_\_\_\_ maintenait son avis tel qu'exprimé dans son examen de 2006.
18. Par courrier du 7 mars 2007, le Tribunal de céans a demandé au Dr F\_\_\_\_\_ si la toxicomanie du recourant était la conséquence des troubles psychiatriques qu'il avait diagnostiqués en 2001 et quelle était à l'époque sa capacité de travail.

19. Par courrier du 3 avril 2007, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que la toxicomanie était secondaire au trouble de la personnalité, trouble qui n'était pas stricto sensu assimilable à une maladie mentale. En outre, à l'époque de l'expertise, soit en 2001, l'expert devait présenter une capacité de travail réduite, dont le pourcentage était difficile à évaluer rétrospectivement.
20. Par courrier du 25 juin 2007, l'OCAI a transmis l'avis du SMR du 22 juin 2007 de la Dresse G\_\_\_\_\_. Ce médecin a indiqué que la réponse du professeur F\_\_\_\_\_ était contradictoire, puisqu'il admettait une toxicomanie secondaire au trouble de la personnalité, en mentionnant que ce trouble n'était pas assimilable à une maladie mentale. Ceci était bien la preuve que la toxicomanie était primaire. Par ailleurs, si le trouble de la personnalité n'était pas invalidant, il ne pouvait y avoir d'incapacité de travail sur le plan psychique. Enfin, même si aucun employeur ne pouvait tolérer un employé toxicomane et désinséré socialement, il fallait admettre que si l'assuré cessait sa consommation de toxiques, il recouvrerait une capacité de travail entière.
21. Une audience de comparution personnelle s'est tenue devant le Tribunal de céans le 10 juillet 2007. Les parties se sont mises d'accord sur l'ordonnance d'une expertise psychiatrique. Préalablement, le Tribunal a sollicité, par ordonnance, l'apport du dossier médical du Conseil de surveillance psychiatrique, jusqu'au 26 juillet 2007. Un délai a été accordé aux parties au 31 août 2007 pour proposer des questions à l'expert ainsi que des noms d'experts psychiatres.
22. Par courrier du 31 juillet 2007, le Tribunal de céans a sollicité le dossier du recourant auprès du Tribunal d'application des peines et des mesures dans un délai au 13 août 2007.
23. Par courrier du 10 septembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties que le dossier médical du Conseil de surveillance psychiatrique pouvait être consulté au greffe.

Ce dossier contenait notamment trois résumés de séjour de la Clinique psychiatrique de BELLE-IDEE du 3 au 6 avril 2000, du 24 au 26 avril 2001 et du 27 au 30 avril 2001, ainsi qu'une expertise du professeur F\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2001, ordonnée dans le cadre de l'inculpation du recourant suite à des vols et des dommages à la propriété.

Dans son expertise, ce médecin a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, des traits de personnalité dyssociale, un syndrome de dépendance aux opiacés, substituée par méthadone sous surveillance médicale, un syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, un syndrome de dépendance tabagique et une virémie positive pour le virus de l'hépatite C, indiquant une

hépatite C active. L'expertisé ne présentait pas de maladie mentale. Pour ses actes illicites, sa responsabilité était restreinte.

24. Par courrier du 30 août 2007, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR du 30 août 2007 qui a proposé cinq noms d'experts ainsi que plusieurs questions à soumettre à l'expert choisi.
25. Par courrier du 19 septembre 2007, le recourant a proposé trois noms d'experts et une liste de questions. Il a pour le surplus transmis un rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 27 août 2007.

Dans ce rapport, ce médecin a indiqué que son patient souffrait d'une personnalité dyssociale avec traits borderlines et narcissiques. Ce trouble avait valeur de maladie psychique grave et entraînait un handicap permanent psycho-relationnel qui entravait notoirement sa capacité de travail. Il avait débuté dans l'enfance et s'était manifesté par un trouble des conduites puis s'était associé à une polytoxicomanie précoce grave qui avait entraîné une hépatite C par usage de matériel d'injection contaminé. Ce médecin a également relevé que le recourant avait fait quatre tentatives de suicide compatibles avec des épisodes dépressifs brefs. Il a par ailleurs évoqué l'enfance de l'assuré. Il a enfin estimé la capacité de travail résiduelle du patient faible, voire nulle. Le pronostic médico-social des troubles psychiques était très réservé.

26. Par ordonnance du 3 octobre 2007, le Tribunal de céans a commis le Dr H \_\_\_\_\_, en tant qu'expert psychiatre, et lui a soumis les questions auxquelles il devait répondre.
27. En date des 5 et 11 février 2008, le recourant a été reçu par le Dr H \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 27 juillet 2008, ce médecin a diagnostiqué un trouble dépendance au cannabis, un trouble dépendance aux benzodiazépines traité par agonistes, un trouble dépendance aux opiacés traité par agonistes, ainsi qu'une personnalité antisociale. L'expertisé n'avait pas de suivi psychiatrique par un spécialiste. Il avait présenté des troubles du comportement dès le début de l'adolescence, qui avaient continué à se manifester tout au long de son existence, notamment par un mauvais contrôle des impulsions et l'altération du fonctionnement social. Les critères d'un trouble de la personnalité borderline ou émotionnellement labile, type borderline, étaient insuffisamment nombreux pour arriver au seuil diagnostique. Par ailleurs, l'assuré présentait une certaine stabilité depuis quelques années et avait été capable de travailler. Depuis sa sortie de prison en 2002, il n'avait pas fait l'objet de nouvelles poursuites pénales et paraissait avoir une relation stable avec son amie. La toxicomanie se faisait discrète avec le suivi du médecin traitant et les produits de substitution. L'on était loin des pathologies qui justifiaient une incapacité de travail. Seul le diagnostic de troubles de personnalité antisociale pouvait être retenu, appréciation qui rejoignait celle du Dr C \_\_\_\_\_. Il n'y avait pas d'autres troubles psychiatriques, notamment pas

d'état dépressif, pas d'anxiété pathologique, pas de trouble relevant de la lignée psychotique, pas d'atteinte cérébrale organique. Les troubles attentionnels et mnésiques signalés étaient communs à la prise de benzodiazépines. Dans la règle, ils étaient réversibles à l'arrêt de celles-ci. En conclusion, le recourant présentait une dépendance à plusieurs substances addictives, ainsi qu'un trouble de la personnalité antisociale. Ces troubles pourraient certes poser des problèmes dans le milieu normal du travail, en raison notamment d'une impulsivité et d'une certaine intolérance à la frustration, mais l'assuré était capable de respecter un cadre minimal. Le pronostic n'était pas forcément mauvais. Le recourant avait beaucoup de ressources et il était tout à fait exigible qu'il reprenne son activité antérieure de mécanicien sur automobile à plein temps. Il pouvait également travailler dans une multitude d'autres emplois, tels qu'employé postal, vendeur d'automobiles ou de pièces détachées. Il devrait en revanche bénéficier d'une aide au placement.

28. Dans des observations sur expertise du 17 mars 2008, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR du 17 mars 2008, selon lequel l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ était convaincante et attestait que le trouble de la personnalité antisociale n'avait aucune influence sur la capacité de travail exigible de l'assuré. Ses conclusions rejoignaient pour le surplus celles du SMR.
29. Dans ses observations du 20 mars 2008, le recourant a indiqué que l'expert psychiatre n'avait pas de réelles compétences en matière d'addiction de sorte que l'évaluation de sa situation, notamment eu égard à sa consommation actuelle, était erronée. Par ailleurs, la non-intégration du recourant devait être recherchée non seulement dans la polytoxicomanie, mais également dans le trouble de la personnalité. L'assuré a ainsi sollicité que son dossier soit réexaminé par un praticien ayant une bonne connaissance des problèmes d'addiction et a proposé une contre-expertise dont qu'il pourrait prendre l'avance de frais à sa charge. Il s'est référé pour le surplus au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 13 mars 2008.

Ce médecin a notamment relevé que les Drs C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ n'avaient que peu d'expérience des patients toxicodépendants. Une véritable expertise ne pouvait être obtenue que de la part d'un psychiatre criminologue ou addictologue. Il a relevé que l'addiction de son patient était secondaire à la psychopathologie dyssociale et en constituait l'une des expressions symptomatiques. Le comportement dyssocial était à considérer comme grave, chronique et handicapant, dans le sens d'un trouble ou d'une maladie psychique significative. Il en était de même de la toxicodépendance. Étant donné les échecs multiples que le recourant avait rencontré dans ses tentatives d'intégration professionnelle, et la gravité de son trouble dyssocial, on pouvait raisonnablement conclure qu'il présentait une incapacité de travail d'au moins 75 %, soit un équivalent d'une incapacité totale. Seule l'attribution d'une rente complète d'invalidité constituait une mesure médico-sociale adéquate.

30. Par courriers du 25 mars 2008, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

31. Par courrier du 27 mars 2008, l'OCAI a transmis l'avis du SMR du 17 mars 2007 dûment signé.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit est applicable sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.
4. Il convient en l'occurrence d'établir si le recourant présente un degré d'invalidité qui lui ouvre droit à des prestations.
  - a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances

sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

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 (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

c) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

5. 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).

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 le fait que celle-ci contienne 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Il y a enfin lieu de rappeler que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004), les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

Cette modification de l'art. 18 al. 1 LAI ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais elle a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. L'art. 18 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004) a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]). Ainsi, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in:

---

Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition, ch. 153 et la note n° 210).

7. En l'occurrence, se trouvent au dossier de l'OCAI plusieurs rapports des médecins traitants, notamment du Dr E\_\_\_\_\_, ainsi qu'une expertise du SMR de mai 2006 et une expertise judiciaire du Dr H\_\_\_\_\_ de juillet 2008. Le Tribunal de céans a en effet ordonné cette expertise auprès du Dr H\_\_\_\_\_, dont le nom a été soumis aux parties avant qu'il ne la lui confie, en raison des rapports du Dr E\_\_\_\_\_ qui jetaient un doute sur les conclusions de l'examen psychiatrique du SMR.

Il convient dès lors tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, dernière en date, et comme il a été dit, expertise judiciaire. Il apparaît à la lecture que cette expertise est complète et précise. Elle comporte un résumé des documents médicaux qui se trouvent au dossier et sur lesquels l'expert s'est appuyé, une anamnèse détaillée; elle tient compte des plaintes de l'expertisé et pose des diagnostics précis. En outre, l'expert explique pourquoi il ne retient pas tel ou tel diagnostic par rapport à ses confrères. Ses conclusions sont enfin bien motivées et l'expert répond aux questions posées par le Tribunal de céans. Par ailleurs, ce médecin a eu connaissance des rapports de sortie de la Clinique psychiatrique, ainsi que de l'expertise du professeur F\_\_\_\_\_, effectuée dans le cadre de l'inculpation du recourant et axée sur la question de sa responsabilité pénale et non sur celle de sa capacité de travail. Sur la base de ces éléments, le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale et ses conclusions devront être suivies. En outre, les rapports subséquents du Dr E\_\_\_\_\_, médecin interniste traitant, ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de cet expert, qui rejoignent d'ailleurs celles du Dr C\_\_\_\_\_ du SMR. En effet, l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ a moindre valeur probante que celui de l'expert pour deux raisons. D'une part, il est médecin traitant et uni au recourant par une relation de confiance, ce qui le pousse à une moins grande impartialité. D'autre part, il n'est pas spécialiste en psychiatrie, mais médecin interniste, contrairement à l'expert. Enfin, l'argument du recourant, selon lequel ni le Dr H\_\_\_\_\_, ni le Dr C\_\_\_\_\_ n'aurait de connaissances suffisantes en matière de patients toxicodépendants doit être écarté. En effet, dans sa pratique à la Clinique de réhabilitation de la SUVA notamment, l'expert H\_\_\_\_\_ a eu l'occasion d'être confronté à des cas de toxicodépendance. En outre, son expertise est motivée et convaincante et l'on ne voit aucune lacune ou développement pouvant faire penser qu'il n'était pas apte à expertiser le recourant. Enfin, il convient de relever que l'assuré n'a émis aucune remarque s'agissant du choix de l'expert et l'on ne voit d'ailleurs pas quels motifs de récusation, s'agissant de cette question, il aurait pu faire valoir.

Partant, conformément aux conclusions de l'expert, il y a lieu de constater que le

recourant présente un trouble dépendance au cannabis, un trouble dépendance aux benzodiazépines traité par agonistes, un trouble dépendance aux opiacés traité par agonistes, ainsi qu'une personnalité antisociale. Selon l'expert, dont l'avis convainc parce qu'il est motivé, le recourant ne présente plus de troubles de la personnalité borderline. Ce fait est établi par sa stabilité depuis sa sortie de prison en 2002, notamment quant à l'absence d'infractions, au fait que sa dépendance est maîtrisée et traitée par substitution, au fait qu'il a repris un certain temps une activité lucrative à la poste, et à la relation stable qu'il entretient avec son amie, notamment. Selon l'expert, l'assuré a beaucoup de ressources et il est exigible qu'il reprenne son activité antérieure de mécanicien sur automobile à plein temps. Dès lors, sa capacité de travail est complète. L'expert précise également que l'on est loin, dans ce cas, des pathologies qui pourraient justifier une incapacité de travail.

En résumé, malgré les contestations de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ par le recourant et son médecin traitant, le Tribunal de céans retiendra celle-ci au détriment des rapports du Dr E\_\_\_\_\_, pour les raisons suivantes. Ce dernier n'est pas spécialiste en psychiatrie, contrairement à l'expert H\_\_\_\_\_, l'expertise judiciaire est complète, claire, bien motivée et convaincante et le recourant n'a pas, alors que le nom de l'expert lui était proposé, soulevé de remarques quant à sa spécialité et lui a au contraire soumis plusieurs questions qu'il souhaitait lui poser. Par ailleurs, il est relevé, que selon la jurisprudence fédérale, la toxicomanie n'est considérée comme invalidante que si elle est la cause ou la conséquence d'une maladie invalidante. Or, en l'occurrence, le trouble de la personnalité dont est atteint le recourant, à savoir une personnalité dyssociale - sur lequel le Dr H\_\_\_\_\_ est tout à fait à même de se prononcer, en raison même de sa spécialité et auquel le Dr E\_\_\_\_\_ a finalement adhéré- ne peut être considéré comme invalidant, au sens de la LAI.

Ainsi, il convient de constater que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail et qu'il est apte à exercer son ancienne activité, soit celle de mécanicien sur automobile. Partant, il n'a pas droit à des prestations d'invalidité, à l'exception d'une aide au placement, s'il en fait la demande.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

8. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

Florence SCHMUTZ

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

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