

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/617/2008

ATAS/1235/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 7 octobre 2009

En la cause

Monsieur F _____, poste restante, GRAND-LANCY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F _____, né en 1975, célibataire, a effectué un apprentissage en mécanique de 1991 à 1993, sans obtenir de certificat fédéral de capacité (ci-après : le CFC). De 1993 à 1995, il a poursuivi un apprentissage de vendeur à l'issue duquel il obtiendra un CFC. Après avoir travaillé pendant trois ans comme vendeur chez X _____, l'intéressé a exercé quelques activités comme cuisinier. Depuis 2000, l'assuré ne travaille plus et est aidé par l'Hospice Général.
2. Le 13 janvier 2005, l'intéressé a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), pour cause de maladie (toxicomanie et dépression).
3. Dans un rapport du 18 avril 2005 établi à l'attention de l'OCAI, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine générale, de la Fondation Phénix, a posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, depuis l'enfance, ainsi que de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue depuis 2000), d'opiacés (syndrome de dépendance : suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale, depuis 1990), et de sédatifs ou d'hypnotiques (syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue, depuis 1990). Le praticien précise que l'intéressé a souffert d'une dépression à l'adolescence, qu'il aurait rencontré des problèmes scolaires avec des difficultés de concentration, des mauvaises notes, qu'il a redoublé la deuxième primaire pour défaut de motivation et qu'il a été suivi par un pédopsychiatre pendant trois ans. Le patient consomme de l'héroïne depuis 1990, soit dès l'âge de 14 ans, avec une dépendance rapide. Il a effectué une cure de méthadone à la rue Verte en 1996, puis à la Fondation Phénix depuis 1999. Il aurait été hospitalisé en milieu psychiatrique en 1997 et janvier 2005. Dans ses constatations, le médecin note un ralentissement psychomoteur important, une humeur dépressive avec baisse de l'énergie et tristesse marquée, ainsi qu'une aboulie. Le patient suit toujours régulièrement une cure de méthadone avec un traitement antidépresseur. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 1^{er} mai 2000 et le pronostic chez ce patient présentant une toxicomanie très importante depuis l'âge de 14 ans est très sombre quant à une reprise de sa capacité de travail et aucune amélioration n'est prévue à long terme.

Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr L _____ indique que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici est très importante, que cette activité n'est plus exigible et que la capacité de travail ne peut être améliorée. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, le médecin indique que la toxicomanie est la conséquence d'un état dépressif préexistant ainsi que d'un état anxieux et qu'elle existe depuis 1989. La polytoxicomanie est très importante (10 ans) et elle a causé un dommage mental

important sous forme d'une lésion cérébrale organique ou neurologique. Le patient, qui est sous traitement de substitution et médicamenteux, consomme occasionnellement de l'héroïne et de la cocaïne. Répondant au questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr L_____ indique que l'assuré présente un trouble psychique depuis l'enfance sous forme d'un état anxio-dépressif chronique. Les troubles psychiques sont réactionnels à des difficultés familiales durant l'enfance. L'incapacité de travail est due à des affections physico-mentales uniquement et l'incapacité de travail est de 100%.

4. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'intéressé et a mandaté le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la Clinique CORELA, à cet effet. Dans son rapport du 13 août 2007, le Dr M_____ relève que le contact fut agréable, avec un assuré collaborant et la plupart du temps authentique. L'expertisé a évoqué six types de plaintes différentes (dépression, fatigue en lien avec une hépatite déclarée il y a cinq ans, polytoxicomanie, troubles sexuels, attouchements durant l'enfance, difficultés neurocognitives). L'examen neuropsychologique effectué le 4 juin 2007 est en tous points comparables avec l'évaluation neurocognitive du 12 septembre 2006 réalisée par Madame G_____. Le fonctionnement mnésique, le ralentissement idéomoteur, la précipitation, la difficulté à rentrer dans certaines consignes, les difficultés d'alternance et les signes d'impulsivité rentrent dans le carquois d'un dysfonctionnement sous-cortico-frontal. La consommation chronique de toxiques en est probablement la cause. Concernant les diagnostics, l'expert a indiqué que l'absence de symptômes psychiatriques majeurs ainsi que la confrontation du tableau clinique à son expérience médicale hors contexte asséurologique ne lui permettent pas de retenir un diagnostic psychiatrique invalidant au sens des manuels médicaux retenus, l'ICD-10. Ainsi, les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F 11.22), de dérivés du cannabis (F 12.24), de cocaïne (F 14.24), de stimulants (F 15.24), d'hallucinogènes (F16.24) et de tabac (F 17.24) sont sans conséquence sur la capacité de travail. S'agissant de la polytoxicomanie, l'expert indique que, selon la jurisprudence, il se doit d'évaluer la capacité de travail résiduelle comme si l'assuré était abstinent; or, en l'absence de consommation de substances illicites, sa capacité de travail résiduelle serait complète, raison pour laquelle on ne peut pas justifier d'une quelconque invalidité sur le plan psychique en lien avec les troubles constatés. Les troubles neuropsychologiques sont légers et si l'expertisé devenait abstinent, ils se résorberaient tout naturellement. Le Dr M_____ retient en définitive tout au plus une diminution de rendement de 5 % en raison du très léger ralentissement idéomoteur, en précisant que cette diminution de rendement ne tient pas compte de l'exigibilité d'abstinence. L'expertisé possède les ressources nécessaires pour pouvoir reprendre une activité lucrative.

5. Par avis du 5 octobre 2007, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), s'est rallié aux conclusions du Dr M_____ et a retenu l'absence d'une atteinte incapacitante.
6. L'OCAI a notifié à l'assuré un projet de refus de prestations en date du 31 octobre 2007.
7. Par courrier du 26 novembre 2007, l'assuré s'y est opposé, faisant valoir que de nombreux éléments de vie relatifs à son enfance n'avaient pas été pris en compte pour évaluer l'ensemble de ses problèmes, sachant que nombre d'entre eux étaient bien antérieurs à sa toxicomanie. Il a sollicité une réévaluation de sa demande de prestations et précisé qu'une expertise psychiatrique effectuée par le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la Fondation PHENIX, serait transmise dans les meilleurs délais.
8. Par décision du 28 janvier 2008, l'OCAI a refusé toutes prestations à l'intéressé, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.
9. L'intéressé interjette recours en date du 26 février 2008, motif pris que nombre d'éléments n'ont pas été pris en compte pour évaluer l'ensemble de ses problèmes. Il se réfère au rapport détaillé du 26 février 2008 du Dr O_____ qui explique l'origine des troubles importants qui l'affectent aujourd'hui et qui constituent un réel handicap pour envisager une vie professionnelle normale. Ce médecin indique que des examens psychiatriques effectués en janvier 2008 mettent en évidence de nouvelles données anamnestiques, d'une part apportées par le patient, d'autre part issues des examens cliniques, qui montrent une toxico-dépendance grave, secondaire à des événements traumatiques d'ordre sexuel (viol subi dans l'enfance) et troubles psychiatriques sous forme d'un syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention objectivé depuis l'enfance (THDA). A la suite de l'événement traumatique, le patient présentera une angoisse intense tout au long de son enfance et de son adolescence, qu'il a tenté de soulager avec une consommation de produits toxiques. Le Dr O_____ se réfère par ailleurs aux données épidémiologiques ressortant de la littérature et aux travaux scientifiques qui montrent le lien entre le syndrome d'hyperactivité et de déficit de l'attention non traité et le développement d'une toxicodépendance. Quant à la dépression, elle constitue une comorbidité primaire aux conduites addictives du patient. En conclusion, l'assuré est gravement malade, souffrant d'un poly-syndrome psychiatrique primaire et secondaire à la consommation de toxiques. La complexité du tableau clinique, la nature et l'évolution des troubles ne permettent pas d'être optimiste face au pronostic du patient, aussi bien sur le plan psychiatrique, toxicologique que professionnel.
10. Dans sa réponse du 30 avril 2008, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Il rappelle que l'expertise du Dr M_____ n'a relevé aucun diagnostic psychiatrique invalidant. L'intimé explique avoir

soumis le rapport du Dr O _____ au SMR. La Dresse P _____ s'est prononcée dans un avis du 9 avril 2008, auquel l'intimé se réfère. Ce médecin relève que l'expertise du Dr M _____, fondée sur les renseignements anamnestiques très précis et les rapports médicaux présents au dossier, n'a retenu aucune atteinte à la santé psychique, ni de trouble psychique préexistant à la toxicomanie. Selon la Dresse P _____, il est hasardeux de poser des diagnostics à posteriori. S'agissant de l'angoisse apparue suite au viol révélé par le Dr O _____, il est difficile de savoir si ce trouble a entraîné une atteinte psychique dès l'âge de 8 ans puisque l'assuré n'avait jamais été suivi sur le plan psychiatrique avant les éléments fondant sa demande AI. Ainsi, même si le recourant avait présenté des troubles dans l'enfance, ils ne l'avaient pas empêché d'obtenir un CFC de vendeur et de travailler par la suite.

11. Par courrier du 20 mai 2008, le recourant, appuyé par le Dr O _____, conclut, au vu des divergences entre les médecins, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante pouvant évaluer objectivement son état de santé.
12. Une audience de comparution personnelle des parties a été fixée en date du 11 juin 2008, à laquelle le recourant ne s'est pas présenté. Le Tribunal de céans a requis de l'OCAI la production des rapports médicaux cités dans le rapport d'expertise du Dr M _____.
13. Le 4 juillet 2008, le recourant a produit un certificat médical attestant d'une hospitalisation aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) du 27 mai au 2 juin 2008.
14. Le 7 juillet 2008, l'OCAI a communiqué au Tribunal de céans copie d'un courrier émanant de la Clinique CORELA, aux termes duquel les pièces requises ne peuvent pas être produites car leur procédure d'archivage ne prévoit pas de conserver le dossier médical des assurés.
15. Le Tribunal de céans s'est procuré le rapport du 12 septembre 2006 de Madame H _____, neuropsychologue FSP. Le Dr L _____ n'a pu retrouver le rapport du 1^{er} mai 2007, mais a communiqué au Tribunal divers rapports médicaux. Les HUG ont communiqué au Tribunal copie du rapport de sortie daté du 13 avril 2007 des Drs O _____, chef de clinique interniste, P _____, chef de clinique et Q _____, médecin interne, concernant le séjour du recourant au Seran, service d'abus de substances, du 12 mars au 12 avril 2007 (5^{ème} hospitalisation). Il en résulte que l'assuré souffrait de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne et d'opiacés ainsi que d'un épisode dépressif, épisode actuel moyen. A l'anamnèse, il est fait notamment état d'une enfance difficile et d'un abus sexuel à l'âge de 8 ans.
16. Ces pièces ont été communiquées aux parties en date du 1^{er} septembre 2008.

17. Par écriture du 24 septembre 2008, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et, se référant au nouvel avis de la Dresse P_____ du 15 septembre 2008, fait valoir que les pièces produites ne changent en rien les conclusions de l'expertise du Dr M_____.
18. Après avoir donné la possibilité aux parties de formuler les questions destinées à l'expert et de faire part de leurs éventuels motifs de récusation, par ordonnance du 28 novembre 2008, le Tribunal a mis en œuvre une expertise qu'il a confiée au Dr R_____, de la clinique de Belle-Idée, HUG, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
19. Sur la base de quatre entretiens avec le recourant, l'étude du dossier médical, la consultation des pièces médicales auprès des HUG, et un examen neuropsychologique pratiqué le 13 février 2009 par Mmes I_____ (psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP) et G_____ (psychologue diplômée FSP), le Dr R_____ a, dans son rapport du 4 mai 2009, diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail un syndrome de dépendance aux opiacés (F11.22, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale), un syndrome de dépendance à la cocaïne (F14.20, actuellement abstinent depuis novembre 2008), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.0), un trouble hyperkinétique, sans précisions (F90.9) et des difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59.-). Le recourant présentait également des troubles mixtes de la personnalité (F60.0, traits de personnalité anxieuse et dépendante) sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a notamment expliqué que le recourant souffre de troubles du comportement et de la personnalité remontant à l'enfance et à l'adolescence, à savoir un THDA et des traits de personnalité anxieux et dépendants, apparus très tôt. Il a relevé que la présence d'un THDA est difficile à diagnostiquer chez un sujet souffrant d'une toxicodépendance sévère et d'un état anxio-dépressif chronique. Chez l'expertisé, la présomption, forte, repose sur la présence de caractéristiques comportementales évocatrices (distractibilité et déficit attentionnel, agitation, turbulence, forte impulsivité), associées à des difficultés d'acquisition de la lecture. Ces troubles sont apparus bien avant la poly-toxicomanie et ils ont entraîné d'importants problèmes scolaires et d'apprentissage. L'expert a ajouté que l'expertisé a, par ailleurs, manifesté très jeune des traits de personnalité anxieuse : timidité, inhibition sociale, manque de confiance en soi, etc. Ces dispositions tempéramentales, amplifiées par le traumatisme de l'abus sexuel subi à l'âge de huit ans, ont contribué au développement de la toxicodépendance, la prise de substances psycho-actives pouvant être considérée comme une tentative, évidemment inappropriée, d'automédication. La consommation de toxiques avait commencé dès l'âge de 14 ans et avait rapidement pris la forme d'une dépendance sévère à de multiples substances.

Selon l'expert, le recourant souffre aujourd'hui de séquelles neuropsychiatriques dues à de longues années de consommation. L'apathie, le ralentissement psychique et moteur, la démotivation et la démoralisation sont parmi les manifestations cliniques et comportementales que l'on peut mettre en partie sur le compte de la toxicomanie, mais ce sont surtout les troubles cognitifs qui doivent lui être attribués. Le bilan neuropsychologique effectué en février 2009 a mis en évidence des troubles sévères de la mémoire épisodique, un déficit attentionnel sévère, un trouble modéré à sévère des fonctions exécutives, des troubles modérés de la mémoire de travail en modalité verbale et des déficits dans un test évaluant le raisonnement logique.

L'expert a considéré que les limitations psychiques, mentales et sociales sont très importantes et entraînent une totale incapacité de travail. L'expertisé souffre en effet de troubles cognitifs sévères (mémoire, attention et concentration, raisonnement et prise de décision, etc.), d'une anxiété envahissante et invalidante, d'un important ralentissement psychomoteur, d'un manque de confiance en soi, d'apathie, de fatigue et d'épuisement de ses ressources psychiques. Cet état pathologique le rend absolument incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Selon l'expert, la date la moins contestable de la survenance de l'incapacité de travail totale et durable se situe dans le courant de l'année 2005, soit à partir du moment où l'expertisé a multiplié les séjours à Belle-Idée, qu'il a connu des états pathologiques liés à la consommation de fortes doses de cocaïne, ainsi que des états dépressifs attestés dans plusieurs rapports médicaux. Depuis cette époque, il est sans domicile fixe, dans une situation d'isolement affectif et social. L'expert ajoute qu'il serait prématuré d'engager aujourd'hui l'expertisé dans un processus de réadaptation professionnelle, une telle entreprise étant vouée à l'échec. Seule une prise en charge pluridisciplinaire pourrait lui permettre de retrouver une capacité de travail et de réussir son insertion dans la vie professionnelle. Les mesures médicales seront à cet égard insuffisantes, si elles ne sont pas associées à un soutien psychologique et social.

20. Par courrier du 29 mai 2009, le recourant a indiqué au Tribunal de céans que le rapport du Dr R_____ était conforme à la réalité.
21. Par écriture du 17 juin 2009, l'intimé fait valoir que le rapport du Dr R_____ n'a pas de valeur probante et se rallie aux conclusions de la Dresse P_____, qui, dans un avis daté du 9 juin 2009, considère que le recourant présente une toxicomanie primaire qui ne l'a pas empêché de se former mais qui, lorsqu'elle est devenue plus importante, a entraîné des difficultés d'ordre professionnel et social. Cette praticienne relève que le trouble du comportement (THDA) est posé 20 ans plus tard par le Dr R_____, sur la seule base d'éléments anamnestiques, alors que l'expert fait justement état de troubles attentionnels et de difficultés dans l'anamnèse. Elle rappelle que le recourant a tout de même réussi un CFC de vendeur en 1996, ce qui va à l'encontre des diagnostics retenus par l'expert. Par

ailleurs, le recourant était toujours sous méthadone, ce qui peut également entraîner des symptômes anxio-dépressifs. De surcroît, l'expert avait indiqué que la présence d'un THDA est difficile à diagnostiquer chez un sujet souffrant de troubles tels que ceux du recourant. Pour la Dresse P _____, ce diagnostic est donc une pure supposition et ne repose sur aucun fait précis puisque, bien que l'assuré ait présenté des difficultés scolaires, il avait néanmoins réussi à obtenir un CFC en 1996. En outre, l'expert n'avait pas précisé dans quelles circonstances s'était installée la toxicomanie. Il n'a pas abordé l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant en 2004 suite au viol de son amie. Par conséquent, l'expertise n'apporte pas les éclairages voulus pour déterminer l'étiologie de la toxicodépendance, de même que l'expert ne répond pas clairement sur l'évolution de l'état de santé.

22. Après avoir adressé aux parties une copie du rapport d'examen neuropsychologique daté du 20 février 2009 établi par Mmes G _____ et I _____, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence, de la recevabilité du recours, du droit applicable et de l'objet du litige dans l'ordonnance d'expertise du 28 novembre 2008 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points (ATAS/1388/2008).
2. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version dès le 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6) qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, la toxicomanie 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).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence

d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

3. 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).

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 LPG), 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).

Ainsi, 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 351 consid. 3b/aa).

4. En l'occurrence, le Tribunal de céans a mandaté le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport daté du 4 mai 2009. Ce médecin a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail un syndrome de dépendance aux opiacés (F11.22), un syndrome de dépendance à la cocaïne (F14.20), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.0) ainsi qu'un trouble hyperkinétique, sans précisions (F90.9). En outre, le recourant souffre de séquelles neuropsychiatriques dues aux longues années de consommation, à savoir surtout des troubles cognitifs sévères (notamment mémoire, attention et concentration, raisonnement et prise de décision), ainsi qu'une apathie, un ralentissement psychique et moteur et une démotivation. L'expert a considéré que les limitations psychiques, mentales et sociales sont très importantes : les troubles cognitifs sévères (mémoire, attention et concentration, raisonnement et prise de décision, etc.), l'anxiété envahissante et invalidante, l'important ralentissement psychomoteur, le manque de confiance en soi, l'apathie, la fatigue et l'épuisement de ses ressources psychiques entraînent chez le recourant une totale incapacité de travail dans toute activité. Par ailleurs, le Dr R_____ a précisé que les troubles du comportement et de la personnalité dont souffre le recourant à savoir (le THDA et des traits de personnalité anxieux et dépendants) remontent à l'enfance et à l'adolescence, et que ces troubles sont apparus bien avant la poly-toxicomanie. Les traits de personnalité anxieuse, amplifiés par le traumatisme de l'abus sexuel subi à l'âge de huit ans, avaient contribué au développement de la toxicodépendance, la prise de substances psycho-actives pouvant être considérée comme une tentative, évidemment inappropriée, d'automédication.

Le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr R_____ repose sur quatre entretiens avec le recourant, l'étude du dossier médical, la consultation des pièces médicales auprès des HUG et un examen neuropsychologique pratiqué le 13 février 2009 par Mmes I_____ (psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP) et G_____ (psychologue diplômée FSP). L'anamnèse (familiale, personnelle, professionnelle, médicale et psychiatrique) est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi l'expert a retenu les diagnostics précités et pourquoi il a admis une incapacité de travail entière. Notamment, l'expert expose de façon convaincante pourquoi il considère que les troubles psychiques du recourant ont favorisé le début de la consommation de toxiques, de sorte que ses conclusions sont dûment motivées. En outre, l'appréciation du Dr R_____ concorde avec

celles des Drs L_____ et O_____. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

L'intimé conteste la valeur probante du rapport d'expertise au motif que le diagnostic de trouble du comportement (THDA) a été posé sur la seule base d'éléments anamnestiques et que ce diagnostic ne serait, de l'avis du 9 juin 2009 de la Dresse P_____, qu'une pure supposition. Cette dernière fait valoir que le recourant a tout de même obtenu un CFC de vendeur en 1996, ce qui irait, selon ce médecin, à l'encontre du diagnostic posé par l'expert.

Le Tribunal de céans relèvera tout d'abord que la critique du diagnostic de THDA émane d'un médecin généraliste qui ne saurait contester un diagnostic posé par un expert judiciaire psychiatre, de surcroît spécialiste en matière de THDA, par la simple affirmation que le diagnostic serait « une pure supposition ». Quoiqu'il en soit, le Tribunal de céans note qu'après avoir admis que la présence d'un THDA est difficile à diagnostiquer chez un sujet souffrant d'une toxicodépendance sévère et d'un état anxio-dépressif chronique, l'expert a de manière convaincante expliqué pour quelles raisons il retenait ce diagnostic chez le recourant, à savoir la présence de caractéristiques comportementales évocatrices (distractibilité et déficit attentionnel, agitation, turbulence, forte impulsivité), associées à des difficultés d'acquisition de la lecture. Ces troubles avaient en outre entraîné d'importants problèmes scolaires et d'apprentissage (cf. pt 5 du rapport d'expertise).

Si, comme le fait valoir la Dresse P_____, le recourant a certes obtenu un CFC de vendeur, il n'en demeure pas moins que tous les rapports versés au dossier font état des difficultés scolaires rencontrées par le recourant dès son plus jeune âge : il a doublé la 2^{ème} primaire, puis la 8^{ème} et la 9^{ème}, il n'a pas obtenu un CFC de mécanicien en raison de résultats insuffisants, et enfin, il a réussi à obtenir un CFC de vendeur après avoir préalablement subi un premier échec aux examens.

Par ailleurs, selon la Dresse P_____, l'expert n'aurait pas précisé dans quelles circonstances s'était installée la toxicomanie et il ne répondrait pas clairement sur l'évolution de l'état de santé. Or, contrairement à ce que prétend la Dresse P_____, l'expert a dûment expliqué l'étiologie de la toxicodépendance et l'évolution de l'état de santé du recourant. On rappellera que l'expert a en effet considéré que le recourant souffre de troubles du comportement et de la personnalité remontant à l'enfance et à l'adolescence, à savoir un THDA et des traits de personnalité anxieux et dépendants, apparus très tôt. L'expert a ajouté que l'expertisé a, par ailleurs, manifesté très jeune des traits de personnalité anxieuse : timidité, inhibition sociale, manque de confiance en soi, etc. Ces dispositions tempéramentales, amplifiées par le traumatisme de l'abus sexuel subi à l'âge de huit ans, ont contribué au développement de la toxicodépendance. La consommation de toxiques avait commencé dès l'âge de 14 ans et avait rapidement pris la forme d'une dépendance sévère à de multiples substances. En 2004, l'état

psychique du recourant s'était progressivement détérioré, nécessitant la prise de neuroleptiques. A partir de 2005, le recourant a multiplié les séjours à Belle-Idée, il a connu des états pathologiques liés à la consommation de fortes doses de cocaïne, ainsi que des états dépressifs attestés par les rapports médicaux.

En définitive, dans son rapport du 9 juin 2009, la Dresse P_____ s'est contentée d'exprimer une opinion différente de celle de l'expert judiciaire au moyen d'un avis médical insuffisamment motivé et peu convaincant, sans établir l'existence de données concrètes à cet effet.

Quant au rapport d'expertise du Dr M_____ du 13 août 2007, dans son ordonnance d'expertise du 28 novembre 2008, le Tribunal de céans a jugé qu'il ne remplissait pas les critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'une expertise.

Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions de l'expert judiciaire.

Au vu de ces conclusions, il convient de retenir que les troubles psychiques dont souffre le recourant depuis son enfance ont entraîné la consommation de substances toxiques. Force est donc de constater que la toxicomanie résulte de troubles psychiques, lesquels ont incontestablement valeur de maladie.

En raison de ses troubles, l'expert a estimé que le recourant présente des limitations psychiques, mentales et sociales très importantes qui entraînent une totale incapacité de travail dans toute activité. Il s'ensuit que le degré d'invalidité du recourant se confond donc avec celui de l'incapacité de travail.

En conséquence, le recourant doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 100% lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter de janvier 2006, soit à l'issue du délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 let. b LAI) à compter de janvier 2005, date à partir de laquelle il a multiplié les séjours à Belle-Idée et s'est définitivement retrouvé dans l'incapacité totale de travailler (cf. pt 11 et page 6 du rapport d'expertise du Dr R_____).

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 28 janvier 2008 est annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour calcul de la rente. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours et annule la décision rendue par l'OCAI en date du 28 janvier 2008.
2. Dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} janvier 2006.
3. Renvoie la cause à l'OCAI à charge pour ce dernier de calculer le droit aux prestations du recourant.
4. Met un émolument de 1000 fr. à la charge de l'OCAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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