

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/690/2013

ATAS/1120/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur G_____, domicilié c/o X_____, à TROINEX, représenté par l'Association d'aide aux personnes toxicodépendantes, recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____, (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol, est né en 1978.
2. L'assuré a souffert dans son enfance d'une psychose infantile, diagnostiquée par le Dr L_____ en 1983 dans un rapport à l'attention de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé). Il présentait des difficultés de contact et des moments de retrait autistique suivis d'explosions de destructivité, et souffrait d'angoisses massives.

Dans ce cadre, il a bénéficié de diverses mesures médicales et pédagogiques prises en charge par l'OAI, dont une psychothérapie dispensée par Monsieur H_____ sous contrôle du Dr M_____ de 1991 à 1995.

3. L'assuré a été scolarisé à l'Ecole formation préprofessionnelle Y_____ dès le 30 août 1994, mesure prise en charge par l'OAI.
4. Le 31 janvier 1995, le Dr M_____ a posé le diagnostic de trouble grave de la personnalité de type dépressivo-narcissique comme évolution des troubles autistiques de la petite enfance.
5. Dans un rapport de surveillance du 18 avril 1995, l'OAI a noté que l'assuré avait été renvoyé du centre Y_____ en raison de problèmes de drogue. Une réadmission serait envisageable une fois ces problèmes résolus.
6. Dans un rapport de la division de réadaptation professionnelle du 5 juillet 1996, l'OAI a relevé que l'assuré avait fait échouer tous ses placements. L'assurance-invalidité ne pouvait intervenir pour l'heure, compte tenu de la prépondérance de la délinquance. Le dossier était par conséquent classé.
7. Le 4 novembre 2009, l'assuré a déposé une demande de mesures de réadaptation auprès de l'OAI. Il a invoqué des troubles de l'apprentissage, des traumatismes familiaux et une toxicomanie.
8. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2009, la Dresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F 33.1), de trouble du comportement avec syndrome de dépendance (F 11.24) et de trouble de la personnalité (F 60.9) existant depuis l'enfance. L'assuré présentait également une hépatite C avirémique, sans incidence sur sa capacité de travail. Il était actuellement stable mais présentait une fragilité psychologique. L'état dépressif récurrent avait amené l'assuré à adopter des comportements addictifs avec hospitalisations en milieu psychiatrique. L'assuré éprouvait de grandes difficultés psychologiques à maîtriser des problèmes familiaux. Elles se manifestaient par des absences, une thymie triste, une auto-

agressivité et une consommation de drogues actuellement bien contrôlée. Les capacités de concentration et de compréhension étaient limitées. Des mesures médicales pourraient réduire les limitations fonctionnelles. Si l'assuré devenait moins anxieux et parvenait à contrôler ses troubles du comportement, il pourrait poursuivre sa formation d'éducateur et en faire sa profession. Compte tenu du contexte psychologique fragile depuis l'enfance, une aide de l'assurance-invalidité serait souhaitable pour lui permettre de suivre cette formation, qu'il était déterminé à accomplir.

Le médecin a joint à son rapport le résumé de séjour de l'assuré au Service d'addictologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) du 3 au 8 septembre 2009 pour un sevrage d'héroïne et d'alcool.

9. Dans un rapport du 9 février 2010, le Dr O_____, chef de clinique au Service de psychiatrie des HUG, a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) ; de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 11.20); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 13.20); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 12.20) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique, dipsomanie (F 10.26). L'assuré souffrait également d'un trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9), lequel était sans incidence sur sa capacité de travail. Dans l'anamnèse, le Dr O_____ a indiqué que la symptomatologie dépressive apparue à l'âge de 26 ans était en relation avec les difficultés du passé de l'assuré. A cet âge, il avait repris après une période d'abstinence une consommation régulière de toxiques pour se soulager. Les symptômes actuels objectifs étaient une symptomatologie dépressive moyenne en légère amélioration et une persistance des troubles anxieux de type attaques de panique, lesquels s'espaçaient néanmoins. Le pronostic était bon, même si des épisodes dépressifs récurrents accompagnés d'épisodes anxieux paroxystiques restaient à craindre au vu des événements traumatiques de la petite enfance. Dès février 2010, la capacité de travail était restreinte à 50 % par la symptomatologie dépressive et les troubles anxieux qui se manifestaient dans le travail par des troubles de la concentration. Le rendement était réduit dans cette mesure.
10. L'assuré a été incarcéré du 27 mars au 25 avril 2010.
11. L'assuré a séjourné au Service d'addictologie des HUG du 1^{er} au 4 mai 2010 pour un sevrage d'héroïne et mise à l'abri d'un comportement auto-dommageable dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. Le Dr O_____ a diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés,

syndrome de dépendance, utilisation continue (F 11.25); des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F 10.21); des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 17.25); des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation actuelle de drogue (F 12.24); un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1); un trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9) et une hépatite C virémique.

12. A la suite d'un nouveau séjour au Service d'addictologie des HUG du 9 au 15 octobre 2010, le Dr P_____, chef de clinique, a posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) dans son résumé de séjour du 18 octobre 2010. L'assuré souffrait également de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 11.25); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 14.25); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 12.25); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F 10.21); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 13.25); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 17.25); de trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9) et d'hépatite C virémique. L'assuré présentait une recrudescence de la symptomatologie dépressive, des idées suicidaires passagères et une augmentation de sa consommation de toxiques.
13. L'assuré a à nouveau séjourné au Service d'addictologie des HUG du 28 octobre au 4 novembre 2010. Dans son rapport du 12 novembre 2010, le Dr O_____ a diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 13.25); des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 11.25); des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25); un trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0). Il s'agissait de la 31^{ème} hospitalisation de l'assuré, visant cette fois un sevrage de benzodiazépines et stabilisation de cure de méthadone.
14. Dans son rapport adressé le 23 mars 2011 à l'OAI, le Dr Q_____, médecin aux HUG, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de trouble du comportement sur utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de

dépendance, utilisation continue (F 13.25), de trouble du comportement sur utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 11.25), de trouble de la personnalité sans précision (F 60.9), de trouble dépressif récurrent (F 33.0) et d'hépatite C chronique de type 1A virémique. L'assuré présentait des symptômes anxio-dépressifs récurrents avec des difficultés dans la gestion de sa consommation de benzodiazépines et d'héroïne, malgré des traitements de substitution. La situation sociale et l'absence de domicile fixe rendaient la problématique de dépendance plus difficile. L'assuré souhaitait intégrer l'établissement le Radeau à Fribourg. L'incapacité de travail était continue depuis de nombreuses années, en tout cas 2005. Il n'avait eu aucune activité professionnelle depuis 2001 hormis une formation comme moniteur de camp d'été, un stage à la maison de quartier Z_____ et un stage à l'Association XA_____. L'absence de formation était en lien avec les affections décrites. L'assuré éprouvait des difficultés de concentration et une pause était nécessaire toutes les deux heures. Il était par ailleurs peu habitué au monde du travail, si bien que sa capacité d'adaptation était limitée. A terme, sous réserve d'une nouvelle formation professionnelle, l'assuré pourrait atteindre une capacité de travail de 50 à 100 % dans une activité adaptée.

15. L'assuré a par la suite été hospitalisé aux HUG du 11 au 24 mars 2011 pour une stabilisation et mise à l'abri des toxiques et le 24 janvier 2011 pour une mise à l'abri d'idées suicidaires.
16. Dans son rapport du 22 juillet 2011, le Dr Q_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il n'y avait pas de changement de diagnostic. L'évolution était lentement favorable avec quelques indices d'amélioration. Le suivi était plus régulier et un nouveau projet de séjour résidentiel était mis en place. L'assuré entretenait également de meilleurs rapports avec ses parents. Les limitations fonctionnelles avaient trait à l'absence de formation professionnelle et aux carences dans les connaissances de base, celles-ci étant imputables à la maladie qui avait débuté à l'adolescence. De plus, il y avait une baisse de la concentration et une fatigabilité augmentée, nécessitant une adaptation de l'activité professionnelle en y intégrant des pauses. La capacité de travail était nulle en tout cas depuis le 1^{er} janvier 2005 et une reprise du travail ne pourrait être envisagée qu'après une formation, vraisemblablement à 50 % dans un premier temps. La dernière hospitalisation s'était déroulée du 13 au 21 juillet 2011.
17. Par avis du 27 février 2012, la Dresse R_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a relevé qu'une amélioration de la thymie avait lieu à chaque hospitalisation et qu'il ne persistait ainsi pas de maladie psychique. Une expertise pour déterminer une origine primaire de la toxicomanie était néanmoins préconisée.

18. Le Dr S _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a procédé à l'expertise de l'assuré en date du 22 août 2012. Après s'être entretenu avec le Dr Q _____ et l'éducatrice de l'assuré, l'expert a résumé son dossier médical et relaté ses plaintes. Hormis une fragilité psychique concernant les consommations de toxiques, l'assuré se sentait apte à travailler à plein temps, selon le travail proposé, et n'avait pas de plainte psychique spontanée particulière. Une fracture bilatérale des avant-bras causée six mois plutôt par une chute entraînait toutefois une baisse de l'humeur et une légère anhédonie. L'assuré ne signalait pas de trouble majeur de la concentration. Il arrivait à lire et à regarder un film de bout en bout. Les épisodes d'anxiété étaient actuellement rares et l'assuré n'avait plus présenté d'attaque de panique depuis plusieurs mois. L'assuré disait être abstinent de toute consommation (hormis la méthadone) depuis plus d'un mois et demi. Il signalait quatre récidives de maximum 48 heures depuis son intégration auprès de l'association d'aide aux personnes toxicodépendantes ARGOS, sept mois auparavant. Il ne présentait pas de symptomatologie compatible avec un trouble obsessionnel compulsif, une phobie sociale ou un *post traumatic stress disorder* (PTSD). Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un trouble bipolaire ou d'un trouble psychotique. L'expert a également établi l'anamnèse de l'assuré avant de l'examiner.

Lors du status, le Dr S _____ a constaté une attitude générale sans particularité et une orientation dans le temps et l'espace. L'assuré était calme et collaborant et ne manifestait aucune anxiété durant l'entretien. Le cours ainsi que le contenu de son discours étaient sans particularité. Il y avait néanmoins de nombreuses discordances entre ses déclarations et les rapports médicaux concernant sa consommation de toxiques. Confronté à ces divergences, l'assuré présentait une légère agitation, déclarant qu'il savait ce qu'il consommait et contestant la véracité des rapports. La thymie était légèrement dépressive, sans ralentissement psychomoteur. Il y avait un trouble du sommeil de longue date sous forme de troubles de l'endormissement. L'assuré présentait une difficulté à maintenir la concentration après environ une heure et vingt minutes d'entretien. Il disait souffrir de problèmes de mémoire de longue date, qu'il mettait en lien avec sa consommation de benzodiazépines. Il n'y avait pas de sentiment de culpabilité, l'appétit était conservé sans perte ni prise pondérale. Il n'y avait pas de douleur physique, ni d'envie ou d'idéation suicidaire récente. Durant l'entretien, l'assuré ne présentait pas de signe d'intoxication aiguë ou de sevrage à une quelconque substance toxique. L'expert n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail au moment de l'expertise. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F 11.26), depuis l'âge de 13 ans; de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F 13.26) depuis l'âge de 13 ans; de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 10.20); de troubles

mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 12.20); de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.00) et de trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9).

En synthèse, le Dr S_____ a relevé que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent d'intensité légère ainsi qu'une polytoxicomanie (opiacés et benzodiazépines), syndrome de dépendance, utilisation épisodique. Le trouble de l'humeur se caractérisait chez lui par une symptomatologie dépressive légère avec une baisse de l'humeur, des troubles du sommeil, un manque de motivation et une concentration limitée, que l'assuré disait toutefois être normalement beaucoup plus importante. La symptomatologie dépressive légère n'entraînait en soi pas de limitations fonctionnelles pouvant interférer avec sa capacité de travail. Cela étant, l'assuré avait présenté dans son enfance un retrait autistique ayant évolué vers une personnalité narcissico-dépressive. A l'adolescence, la tendance dépressive était toujours présente, ce qui expliquait la faiblesse du niveau global décrit et la nécessité d'une forte stimulation extérieure pour obtenir un niveau élémentaire de formation. Depuis l'âge de 13 ans, dans un contexte de violence paternelle au domicile, de mère incapable de le protéger et de placements en foyer, l'assuré avait débuté une toxicomanie active à ce jour, qui avait certainement entravé le développement harmonieux de sa personnalité. Au jour de l'expertise, on ne pouvait retenir de trouble spécifique de la personnalité, celui-ci s'apparentait à un trouble narcissico-dépressif avec comme mécanismes de défense des passages à l'acte psychopathique (toxicomanie, incarcérations multiples). Partant, le diagnostic de trouble de la personnalité, sans précision, pouvait être retenu.

La polytoxicomanie restait au premier plan de la problématique psychique. Malgré une nette diminution de la fréquence des hospitalisations et après six hospitalisations régulières au courant de l'année 2010, la fragilité de l'assuré par rapport aux substances demeurait entière. Ses consommations actuelles ne devaient pas empêcher une activité ou une réadaptation professionnelle mais pourraient nécessiter des arrêts ponctuels lors des phases de consommation active. Néanmoins, l'importante discordance entre les dires de l'expertisé concernant sa consommation de cocaïne, d'alcool et de cannabis et celle décrite dans les dossiers médicaux laissait présager d'une certaine banalisation de la problématique. Selon les dires de son médecin traitant, le Dr Q_____, qui n'avait plus constaté d'overdoses récentes, l'assuré avait fait une évolution remarquable et montrait une volonté de se sevrer, malgré ses rechutes. Selon l'expert, le maintien en résidence laissait présager d'un bon pronostic pour l'abstinence et pour préparer l'assuré à la reprise d'une activité professionnelle ou d'une réadaptation professionnelle. Une formation en tant qu'éducateur d'enfants ou adolescents ne semblait pas indiquée. Même si on ne pouvait incriminer une maladie psychique chronique et durable comme étant responsable des difficultés actuelles de l'assuré, l'expert estimait qu'il avait besoin d'un soutien de l'assurance-invalidité pour l'accompagner dans un projet de

réadaptation professionnelle au long terme sans trop d'exigences intellectuelles, en raison des difficultés liées à son enfance et au développement de sa personnalité. A ce jour, il ne présentait pas de maladie psychiatrique chronique et invalidante à long terme.

La problématique de la polytoxicomanie pouvait effectivement être considérée comme secondaire à son trouble de psychose infantile, dont l'évolution avait été favorable. Cependant, cette même polytoxicomanie ne pouvait être considérée comme secondaire à un diagnostic psychiatrique de l'adulte. Sur le plan thérapeutique, une péjoration de la symptomatologie dépressive pourrait effectivement nécessiter l'introduction d'un traitement antidépresseur. Ce traitement n'était actuellement pas nécessaire. Il était également impératif que l'expertisé puisse bénéficier d'un suivi spécialisé.

S'agissant des limitations psychiques, elles n'étaient présentes que lors de consommation d'opiacés et de fortes doses de benzodiazépines. En période d'abstinence, l'assuré était capable d'effectuer son travail à la plonge ou dans d'autres activités manuelles, sans exigences intellectuelles trop élevées et la capacité de travail était entière (8 heures par jour) sans diminution du rendement. En période de consommation, l'utilisation de toxiques empêchait toute activité. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel durant les périodes d'abstinence. En ce qui concernait les mesures de réadaptation professionnelle, elles étaient envisageables en dehors des périodes de consommation. L'assuré était capable de s'habituer à un rythme de travail à temps complet, de s'intégrer dans un tissu social et de mobiliser toutes les ressources existantes car il ne souffrait pas d'un trouble psychique chronique et durable. Il présentait néanmoins des lacunes de longue date en lien avec une enfance autistique, un développement de sa personnalité défavorable et une absence de rigueur scolaire. Ces lacunes devaient être prises en compte lors de la réadaptation. L'assuré ne présentait pas de handicap physique, si bien qu'une activité au sein de X_____ afin de le reconditionner à une activité professionnelle dans le marché commun était exigible à temps plein.

19. Dans son avis du 9 octobre 2012, le Dr T_____, médecin au SMR, a retenu qu'une formation en tant qu'éducateur d'enfants ou d'adolescents ne semblait pas indiquée. Dans un domaine sans trop d'exigences intellectuelles, un projet de réadaptation ou de formation pouvait être entrepris. L'assuré ne présentait pour l'heure pas de maladie psychiatrique chronique et durable pouvant entraver sa capacité de travail à long terme.
20. Le 1^{er} novembre 2012, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré aux termes duquel le droit à des prestations d'invalidité était nié, une toxicodépendance ne constituant une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou

mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante.

21. Par courrier du 26 novembre 2012, l'assuré, assisté des éducateurs du X_____, a contesté le projet de décision. Il a rappelé son niveau scolaire très bas et ses difficultés de concentration et de compréhension, ayant justifié un suivi psychologique dans son enfance. Ces difficultés n'étaient dès lors pas causées par sa toxicomanie. Il signalait par ailleurs avoir fait l'objet d'une autre expertise psychiatrique dans le cadre d'une affaire pénale, et les experts avaient dans ce cadre retenu en plus des diagnostics liés à l'utilisation de produits psychoactifs un trouble de la personnalité borderline avec traits dyssociaux (F 60.20). Ce trouble avait une incidence sur son quotidien et se traduisait par des difficultés relationnelles et psychiques. Les éducateurs pouvaient également attester de ces difficultés au quotidien. L'assuré disait ne pouvoir s'insérer professionnellement en raison de ses lacunes et de ses déficits et sollicitait un nouvel examen de sa demande.
22. Par courrier reçu le 3 janvier 2013, l'assuré a transmis un rapport d'expertise psychiatrique du 20 août 2012 des Drs U_____ et V_____, spécialistes FMH en psychiatrie.

Ce rapport comprenait une anamnèse personnelle, toxicologique et un status réalisé lors de deux entretiens. A ces occasions, les experts n'ont pas constaté de troubles de l'orientation, ni de l'attention ou de la mémoire. Le cours de la pensée était logique et cohérent, la thymie conservée. L'assuré ne présentait ni idéation suicidaires ni troubles du sommeil. Les diagnostics retenus étaient ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinent en milieu protégé (F 11.20); de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation abusive de sédatifs et hypnotiques, actuellement abstinent en milieu protégé (F 11.26) et de trouble de la personnalité borderline avec traits dyssociaux (F 60.20).

L'assuré souffrait d'un grave trouble de la personnalité depuis le début de l'âge adulte, marqué par des altérations du fonctionnement psychique sur les plans affectif et interpersonnel ainsi que dans le domaine du contrôle pulsionnel. Il entraînait des perturbations significatives du fonctionnement social et interpersonnel de l'assuré au quotidien. Ce trouble était susceptible de varier dans son expression mais ne perturbait pas de façon très significative ses fonctions cognitives et volitives. L'assuré présentait également une polytoxicomanie assez ancienne.

23. Dans son avis du 18 janvier 2013, le Dr T_____ s'est déterminé sur le rapport des Drs U_____ et V_____ en considérant qu'il n'amenait pas d'élément nouveau du point de vue médical et que les conclusions du SMR du 9 octobre 2012 restaient valables.

24. Par décision du 25 janvier 2013, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
25. Par écriture du 21 février 2013, l'assuré, par le biais de l'association ARGOS, interjette recours contre la décision de l'OAI en concluant à l'octroi de mesures de réadaptation lui permettant d'acquérir une formation élémentaire. Il s'étonne que l'intimé ne tienne pas compte des conclusions des Drs U_____ et V_____ et rappelle les difficultés d'apprentissage rencontrées dans son enfance. Il souligne que le Dr S_____ a estimé que des mesures de réadaptation étaient nécessaires. S'il reconnaît qu'une partie de ses problèmes actuels est imputable à ses addictions, celles-ci ne peuvent être dissociées des événements vécus dans son enfance et dans son adolescence.
26. Dans sa réponse du 26 mars 2013, l'intimé relève que le Dr S_____ n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, tandis que le Dr T_____ a considéré que le recourant présente une capacité de travail entière dans toute activité. S'agissant de l'expertise réalisée par les Drs U_____ et V_____, elle a pour but d'évaluer la responsabilité pénale et n'a donc aucune utilité dans la présente procédure. S'agissant des éléments objectifs contenus dans cette expertise, ils ont en revanche été dûment analysés par le SMR. L'intimé rappelle en outre que selon la jurisprudence, les médecins traitants sont généralement enclins à prendre parti pour leurs patients en cas de doute et que l'avis divergent d'un médecin ne suffit pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise.
27. Par réplique du 23 avril 2013, l'association ARGOS, agissant au nom du recourant, souligne qu'elle ne remet pas en cause les conclusions du Dr S_____, qui a relevé la nécessité de mesures de réadaptation professionnelle. Elle conteste l'allégation selon laquelle l'expertise des Drs U_____ et V_____ n'amènerait aucun fait nouveau. Pour le surplus, l'association fait part de ses observations sur le quotidien du recourant, qu'elle côtoie tous les jours depuis novembre 2011. Elle constate de grandes difficultés organisationnelles dans la structuration du temps, la projection dans l'avenir, l'intégration du cadre horaire ainsi que d'importants déficits de la mémoire. Le recourant présente également des limitations dans les aspects relationnels et émotionnels, ainsi que dans sa capacité de compréhension. Il n'est en effet pas capable de prendre son petit déjeuner et d'aller chercher sa méthadone sans stimulation de l'équipe éducative. Quant aux entretiens avec son éducatrice, ils sont souvent scindés en deux en raison de ses difficultés de concentration. Compte tenu du fait que le recourant n'a pas rapporté ces éléments au Dr S_____, la conclusion de ce dernier, qui a retenu une capacité de travail de 8 heures par jour, doit être remise en cause. L'association revient sur les déficits constatés médicalement durant l'enfance du recourant, alléguant que ceux-ci sont en lien de causalité avec la dépendance dont il souffre.

28. Par courrier du 26 avril 2013 à la Cour de céans, le Dr Q_____ a déclaré qu'il est un scientifique assermenté au service des HUG, qu'il n'a en aucun cas été enclin à prendre le parti de l'assuré et qu'il n'a pas fait preuve d'un manque d'objectivité dans ses rapports à l'intimé. Il considère choquant que l'intimé généralise un manque d'objectivité des médecins traitants.
29. Dans sa duplique du 12 juin 2013, l'intimé souligne que le droit au reclassement n'est en principe pas admis lorsque l'assuré ne subit pas une diminution de sa capacité de gain de 20 % au moins. L'intimé rappelle à quelles conditions la toxicomanie est considérée comme une invalidité. En l'espèce, le rapport d'expertise relève le suivi dans l'enfance en raison d'une psychose infantile et le recourant affirme que sa toxicomanie en découle. Or, un lien entre l'affection psychique et le comportement addictif ne suffit pas, il faut que la comorbidité psychiatrique remplisse certaines caractéristiques. L'intimé requiert que l'expert soit interpellé sur le point de savoir si la psychose infantile était suffisamment grave pour entraîner d'importantes difficultés d'apprentissage compromettant la future capacité de gain, si la psychose infantile était de nature à entraîner une polytoxicomanie, et si elle y a contribué. Compte tenu des questions complémentaires à poser, l'intimé réserve ses conclusions sur le fond.
30. Par courrier du 17 juin 2013, la Cour de céans a invité le Dr S_____ à répondre aux questions soulevées par l'intimé.

Le Dr S_____ s'est exécuté par courrier du 4 juillet 2013. Il expose qu'il a été contacté par l'éducatrice référente du recourant peu après l'expertise. Celle-ci lui a indiqué que les éléments anamnestiques relevés dans le rapport ne correspondent pas à la réalité. Le recourant présente en effet selon son éducatrice des limitations fonctionnelles importantes sous forme de troubles de la concentration, et de difficultés organisationnelles majeures et ce même en période d'abstinence. Le Dr S_____ dit ne pas être surpris du recours contre la décision au vu de ces éléments d'anamnèse, qui correspondent en effet aux symptômes que l'on peut observer chez un adulte ayant souffert d'une psychose infantile avec retrait autistique. Cela est également confirmé par l'incapacité du recourant à terminer une formation et conserver une activité professionnelle, même pendant une période limitée.

L'expert expose que du point de vue scientifique, s'il existe bien un lien entre comorbidité psychiatrique et addiction, la causalité n'a jamais pu être prouvée. Il n'y a pas de littérature spécifique ayant trait à la différence de prévalence entre autisme ou psychose infantile et addiction. Toutefois, l'addiction va souvent de pair avec une comorbidité psychiatrique répertoriée dans la CIM-10. Enfin, le Dr S_____ confirme que les pathologies du recourant étaient de nature à entraîner d'importantes difficultés d'apprentissage, lesquelles ont négativement influencé sa future capacité de gain.

31. Dans ses déterminations du 26 août 2013, l'intimé affirme que si l'on considère qu'un lien de causalité peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les psychoses infantiles et la polytoxicomanie, il conviendrait d'évaluer les répercussions des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant. En revanche, si un lien de causalité ne peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante, il y aurait lieu de demander à l'expert si et dans quelle mesure les nouveaux éléments modifient les conclusions de son expertise. Compte tenu de la question à poser, l'intimé réserve ses conclusions sur le fond. A titre subsidiaire, il conclut en cas d'admission d'un lien de causalité entre les psychoses infantiles et la polytoxicomanie au renvoi du dossier afin que soient évaluées les répercussions des affections sur la capacité de travail du recourant.
32. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture au recourant en date du 25 septembre 2013.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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. 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).

Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Aux termes de l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Conformément cela ressort l'art. 7 al. 2 let. c et d LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal.

6. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle 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, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la

dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATFA non publié I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les références).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2).

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

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui,

elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

8. Dans son expertise du 22 août 2012, le Dr S_____, après avoir pris connaissance du dossier médical du recourant, a noté que la toxicomanie était secondaire au trouble de psychose infantile. Il a confirmé cet avis dans son complément d'expertise du 4 juillet 2013. Sur ce point, il n'existe pas de motif de s'écarter de cette conclusion, qui est convaincante dès lors que la sévère pathologie dont le recourant a souffert dans son enfance précède la toxicomanie.

On doit donc admettre que le lien de causalité entre la maladie psychique du recourant alors qu'il était enfant et la toxicomanie est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante, même si, comme le souligne l'expert, une causalité irréfragable ne peut être prouvée dans de telles pathologies.

Par surabondance, il convient de souligner que même s'il fallait considérer que l'utilisation de substances toxiques n'est pas imputable à la psychose infantile, cette dernière a néanmoins eu des conséquences invalidantes puisqu'elle a entraîné des difficultés scolaires et d'apprentissage, qui expliquent également la situation actuelle du recourant selon l'expert. Ce dernier ajoute d'ailleurs que des mesures de réadaptation se révèlent nécessaires pour ce motif.

En revanche, l'expertise se révèle insuffisamment probante sur d'autres points. Les conclusions prises par le Dr S_____ paraissent en effet contradictoires à certains égards. En premier lieu, il exclut tout diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail tout en indiquant que celle-ci est nulle lors des périodes de consommation de drogue et alors même qu'il admet le caractère secondaire de la polytoxicomanie constatée. De plus, le Dr S_____ paraît admettre dans son courrier du 4 juillet 2013 que les éléments anamnestiques qui lui ont été rapportés par l'éducatrice du recourant lui ont échappé, ce qui génère quelques doutes sur

l'exactitude de certaines de ses conclusions. On notera que les Drs V _____ et U _____ ont signalé de telles perturbations significatives du fonctionnement social et interpersonnel quotidien du recourant dans leur expertise du 20 août 2012. Contrairement à ce que semble affirmer l'intimé, le seul fait que ces spécialistes aient examiné le recourant dans un contexte pénal et non asséurologique ne suffit pas à écarter leurs conclusions. Par ailleurs, ces médecins diagnostiquent un trouble de la personnalité borderline avec traits dyssociaux (F 60.20) chez le recourant, alors que le Dr S _____ a retenu un trouble de la personnalité sans précision (F 60.9).

Eu égard à ces contradictions, l'expertise du Dr S _____ s'avère insuffisante pour déterminer si des mesures d'ordre professionnel sont indiquées en l'espèce. En effet, compte tenu des difficultés rapportées par l'éducatrice au Dr S _____ – que ce dernier ne remet pas en cause et considère avérées au vu de l'anamnèse du recourant – ainsi que de la différence entre les diagnostics du Dr S _____ et des experts pénaux, l'éventuelle incidence des atteintes psychiques du recourant sur sa capacité de travail n'est pas établie de manière suffisamment claire.

Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

9. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 750 fr.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI). L'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de 500 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 750 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 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; 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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