

## **GE\_GERICHTE A/4531/2005 vom 12. Juli 2006**

GE Cour de justice, 2006-07-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4531\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4531_2005)

FR: GE\_GERICHTE A/4531/2005 du 12 juillet 2006

IT: GE\_GERICHTE A/4531/2005 del 12 luglio 2006

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.07.2006  
A/4531/2005

A/4531/2005 ATAS/663/2006 du 12.07.2006 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4531/2005  
ATAS/663/2006 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 4 du 12 juillet 2006 En la cause Monsieur I \_\_\_\_\_ recourant contre  
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale  
425, 1211 GENEVE 13 intimé EN FAIT Monsieur I \_\_\_\_\_, né le 23 août 1972,  
d'origine italienne, a effectué sa scolarité primaire et secondaire à Genève. Il a entrepris une  
formation de préparateur en pharmacie et a obtenu son CFC en 1996. L'intéressé a travaillé  
dans diverses pharmacies du canton , en dernier lieu auprès de la Pharmacie du  
Grand-Lancy, jusqu'au 26 octobre 2001, date à laquelle l'employeur a résilié le contrat, à  
l'issue de la période d'essai. Il n'a plus repris d'activité depuis lors et, après une période de  
chômage, est aidé par l'Hospice général. Le 23 août 2004, l'intéressé a déposé une demande  
de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) pour une  
dépression de type bipolaire, chronique, depuis janvier 2002. Dans un rapport du 17  
novembre 2004 à l'attention de l'OCAI, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine  
interne et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la  
capacité de travail: trouble dépressif récurrent, probablement depuis l'enfance, trouble de la  
personnalité, avec traits narcissiques et borderline, depuis l'enfance, troubles mentaux et du  
comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique. Le patient présente  
également une dépendance chronique aux opiacés depuis 1999, actuellement abstinent sous  
traitement de méthadone, sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé  
s'aggrave et le patient présente incapacité de travail totale dans sa profession de préparateur  
en pharmacie depuis le 1 er février 2002 et une autre activité n'est pas raisonnablement  
exigible. Le Dr A \_\_\_\_\_ signale que le patient a interrompu l'expertise qu'il avait  
demandée au Dr B \_\_\_\_\_, du CPSU. Le médecin traitant a joint en annexe copie d'un  
rapport de bilan/admission établi le 7 avril 2004 par les Drs C \_\_\_\_\_, médecin  
adjoint agrégé, et Guillaume B \_\_\_\_\_, chef de clinique, du Département de  
psychiatrie, programme dépression, des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après  
HUG). Ces derniers ont posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du  
comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance F11.22, pour lesquels  
le patient suit un régime de maintenance sous surveillance médicale, et de troubles mentaux  
et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance F14.20,  
actuellement abstinent. A l'anamnèse, les médecins relèvent que le patient se dit déprimé  
depuis son enfance et qu'il a fait plusieurs tentatives de suicide par overdose. Il est connu  
pour une dépendance à l'héroïne et à la cocaïne pour laquelle il est suivi à l'institution  
Phénix pour une cure de méthadone, et présente depuis de nombreux années un trouble de

l'humeur. Il a été hospitalisé une première fois à la clinique psychiatrique de Belle-Idée en 2000 pour un sevrage d'alcool et a été suivi sur le plan psychique par le Dr ZEGA de 1999 à 2001. L'anamnèse familiale fait état de troubles psychiatriques dans la famille paternelle. Le patient a participé à l'étude génétique et rempli de nombreux questionnaires de dépistage des troubles psychiatriques, mais n'a pas souhaité se représenter pour compléter le bilan. Dans son rapport du 14 juin 2005, le Service médical régional AI (SMR) Suisse Romande relève que le Dr B \_\_\_\_\_ des HUG attribue l'étiologie de l'épisode dépressif à la consommation d'héroïne et au sevrage de méthadone. L'assuré, qui suit un programme de méthadone, consomme encore de l'héroïne et de la cocaïne, de façon occasionnelle. Il considère qu'au vu des investigations effectuées par les HUG, une expertise psychiatrique ne s'avère pas nécessaire ; l'assuré a fait une scolarité normale, a suivi une formation de préparateur en pharmacie qu'il a réussie et les séquelles invalidantes de la toxicomanie sont absentes. Selon le SMR, il ne s'agit clairement pas d'une atteinte invalidante au sens de l'AI. Par décision du 24 juin 2005, l'OCAI a rejeté la demande de l'intéressé, au motif qu'une dépendance à des substances toxiques ne constitue une invalidité que si elle entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain, ou si la dépendance résulte d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante. Or, dans son cas, l'incapacité de gain est due à sa toxico-dépendance. L'assuré a formé opposition le 10 août 2005, alléguant qu'il ressort très clairement du rapport établi par les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ que ses problèmes psychiatriques sont largement antérieurs à sa toxicomanie et que l'on peut même considérer que celle-ci est partiellement une conséquence de sa dépression et des difficultés de vie qu'elle entraîne. Il soutient que durant son traitement, il a été à de nombreuses reprises et pour de longues périodes abstinents envers les drogues et l'alcool, sans parvenir à se réintégrer dans un travail. Il souligne que le Dr A \_\_\_\_\_ avait demandé une évaluation par un psychiatre, qui n'a pas été faite et demande de réexaminer son dossier de manière plus attentive. A la demande de l'OCAI, l'assuré a produit copies du rapport du Dr B \_\_\_\_\_, de la lettre de sortie de la clinique de Belle-Idée et du rapport de sortie du Service des urgences psychiatriques après sa tentative de suicide en décembre 2001. Il a fait valoir qu'à sa sortie de Belle-Idée en avril 2000, il avait été inclus dans un protocole d'étude de patients avec un trouble bipolaire, pour lequel il s'était rendu à des entretiens durant plus de neuf mois et avait subi des prises de sang pour des études génétiques. Il avait contacté le premier chef de clinique de l'époque qui devait envoyer les renseignements à son médecin traitant. Une fois ces derniers en sa possession, il les transmit à l'OCAI. Sur la base de l'avis du SMR du 21 novembre 2005 selon lequel aucun nouvel élément n'avait été apporté par l'assuré, l'OCAI, par décision du 5 décembre 2005, a rejeté l'opposition. L'assuré a interjeté recours en date du 20 décembre 2005, au motif qu'il a présenté des problèmes psychiatriques bien avant les problèmes de dépendance et rappelle que l'expertise psychiatrique demandée par son médecin traitant aux Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ des HUG n'avait pas été menée à son terme, ce que ces derniers avaient d'ailleurs relevé dans leur rapport. Il s'étonne que l'OCAI appuie son argumentation sur la base d'un rapport incomplet. Pour le surplus, le recourant indique qu'une évaluation est en cours auprès du Dr D \_\_\_\_\_, de la clinique psychiatrique, et qu'un rapport suivra. Dans sa réponse du 16 janvier 2006, l'OCAI persiste dans ses conclusions. Invité à se déterminer, le recourant a adressé au Tribunal de céans un rapport établi le 20 février 2006 par le Dr D \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Département de Psychiatrie des HUG attestant que le patient avait été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée une première fois en avril 2000 en raison d'une aggravation de l'état dépressif avec idées et

projets suicidaires, s'accompagnant d'une augmentation de la consommation de substances psychoactives. Le patient avait accepté de participer à une étude génétique portant sur le trouble bipolaire qu'il avait conduite. Aux termes de cette évaluation, les diagnostics suivants avaient été retenus : trouble affectif bipolaire, type II, dépendance aux opiacés, dépendance à la cocaïne et abus de sédatifs. L'existence de périodes dépressives précoces avait été clairement mise en évidence chez le patient et il avait pu être établi qu'il avait présenté plusieurs épisodes de dépression et plusieurs brèves phases hypomaniaques avant de développer une dépendance à l'héroïne et à la cocaïne. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, le trouble affectif bipolaire II est clairement antérieur à l'installation de la toxicodépendance, qui doit être considérée comme secondaire à la présence d'un trouble psychiatrique d'évolution chronique. D'autre part, en décembre 2005, le patient avait repris contact à la demande de son médecin traitant, dans le but d'évaluer la persistance possible d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et d'instaurer un traitement spécifique. Ce trouble avait été diagnostiqué lors de l'évaluation approfondie de 2000, mais l'investigation relative à ce trouble ne portait que sur l'enfance. Le Dr D\_\_\_\_\_ a complété l'évaluation clinique du patient et confirmé la persistance à ce jour de manifestations symptomatiques d'une forme sévère de THADA; or, aujourd'hui, il est bien établi que le THADA constitue un facteur de risque du développement de toxicodépendances. Malgré le fait que le patient soit totalement abstinent d'héroïne et de cocaïne et qu'il ait cessé de consommer de l'alcool, son état clinique actuel demeure profondément perturbé par les troubles psychiatriques dont il souffre (THADA et trouble bipolaire de type II). Le médecin indique que l'on peut espérer qu'un traitement spécifique du THADA soit en mesure d'améliorer cet état dans les mois à venir, même si un tel traitement se heurte à de nombreuses difficultés chez les sujets avec antécédents de toxicodépendance. Appelé à se déterminer, l'OCAI a soumis le rapport précité au SMR; ce dernier relève qu'il convient de se conformer à la CIM 10 pour poser les diagnostics psychiatriques et que selon cette classification, un abus de psychotropes est un critère d'exclusion pour pouvoir poser les diagnostics de dépression majeure et de trouble affectif bipolaire. Ces diagnostics ne peuvent être retenus chez un individu avec une polytoxicomanie active, car de multiples symptômes de ces pathologies sont "mimés" par les effets de ces substances psychotropes. Sur cette base, l'OCAI a conclu au rejet du recours, considérant que la toxicomanie présentée par le recourant est prépondérante et qu'elle ne remplit pas les conditions légales d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Ces documents ont été transmis au recourant. Dans ses dernières écritures du 28 mars 2006, il a persisté dans ses conclusions. L'écriture du recourant a été communiquée à l'OCAI et la cause gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1<sup>er</sup> let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est

ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1 er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4 ème révision AI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Selon 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 (cf. ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c,

105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se refuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). En l'occurrence, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation épisodique), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent probablement depuis l'enfance et un trouble de la personnalité, avec traits narcissiques et borderline, depuis l'enfance, entraînant une incapacité de travail totale dans sa profession depuis le 1<sup>er</sup> février 2002. Le diagnostic de dépendance chronique aux opiacés depuis 1999 est en revanche sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin traitant indiquant au surplus que le recourant est actuellement abstinent sous traitement de méthadone. Une autre activité n'est pas envisageable, en raison de l'état dépressif grave. Le recourant a été hospitalisé à Belle-Idée du 31 mars 2000 au 8 avril 2000 pour une recrudescence d'un état dépressif avec idées suicidaires et accroissement de la consommation de toxiques. Selon le résumé du séjour établi par le Dr D \_\_\_\_\_, chef de clinique, le diagnostic principal posé était celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation continue. Comme autres diagnostics, il était mentionné un état dépressif moyen avec syndrome somatique et trouble de la personnalité, sans précision. Au status à l'entrée, il était relevé des idées suicidaires par barbituriques, des troubles de la mémoire et de la concentration. Un rapport d'intervention de l'Unité d'urgences psychiatriques des HUG a été établi le 20 décembre 2001 suite à un tentamen par abus médicamenteux. A l'anamnèse, il est relevé une histoire familiale et personnelle abandonnique, un enfant hyperactif et un premier tentamen à l'âge de 7 ans. Au status psychiatrique, le recourant présentait notamment un trouble de la mémoire, une idéation suicidaire, des hallucinations cénesthésiques, avec antécédents d'hallucinations connus. Les médecins ont posé le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, utilisation continue, trouble de personnalité narcissique et intoxication volontaire

par des sédatifs et des hypnotiques. Selon le rapport de bilan du 7 avril 2004 des Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, des HUG, il est mentionné à l'anamnèse que le recourant se dit déprimé depuis l'enfance, qu'il a bénéficié d'un suivi psychiatrique de 1999 à 2001 et a commis plusieurs tentatives de suicide. Le patient consomme diverses substances toxiques depuis l'adolescence et présente une dépendance aux opiacés sous substitution de méthadone et à la cocaïne dont il est abstinent pour l'instant depuis un mois. Les médecins ont préconisé l'abstinence de toute consommation de drogues ou d'alcool et la méthadone doit être prescrite à dose stable et suffisante, car toute nouvelle baisse de la posologie pourrait entraîner une aggravation des symptômes dépressifs. Le traitement anti-dépresseur doit être maintenu, voire augmenté. Les médecins auraient souhaité revoir le patient pour compléter le bilan, mais celui-ci n'a pas souhaité se représenter. Le SMR a considéré, sur la base des documents médicaux, que le recourant ne souffrait pas d'une atteinte invalidante au sens de l'AI, que les troubles mentaux et les troubles du comportement sont liés à l'utilisation d'opiacés et de cocaïne, que l'étiologie de l'épisode dépressif est attribuée à la consommation d'héroïne et au sevrage de Méthadone. De surcroît, le recourant a fait une scolarité normale et a suivi une formation de préparateur en pharmacie, qu'il a réussie et que des séquelles invalidantes de la toxicomanie sont absentes. Le recourant conteste cette appréciation, au motif que l'évaluation faite par les Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ n'était pas terminée et qu'il a souffert de problèmes psychiatriques bien avant de présenter des problèmes de dépendance. Il fait valoir que malgré le fait qu'il ne consomme plus de produits toxiques ni d'alcool en excès depuis plusieurs mois, il présente toujours les mêmes difficultés. Il se réfère pour le surplus au rapport du Dr D \_\_\_\_\_ qu'il a fait parvenir au Tribunal de céans postérieurement au recours. Le juge ne doit, en principe, tenir compte que des faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). En l'occurrence, le rapport du docteur D \_\_\_\_\_ du 20 février 2006 produit par le recourant est certes postérieur à la décision du 5 décembre 2005. Néanmoins, il porte sur des faits étroitement liés à l'objet du litige et est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue. Les parties ayant eu la possibilité de se déterminer sur leur contenu, il y a lieu de le prendre en considération. Or, dans ce rapport, le Dr D \_\_\_\_\_ expose que le recourant, suite à une première hospitalisation en 2000, avait participé à une étude génétique portant sur le trouble bipolaire. L'existence de périodes dépressives précoces avait été clairement mise en évidence, avant qu'il ne développe une dépendance à l'héroïne et à la cocaïne, de sorte que le trouble affectif bipolaire II est antérieur à l'installation de la toxicodépendance. En outre, le diagnostic de trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) avait été posé. L'évaluation clinique effectuée en décembre 2005 par le Dr D \_\_\_\_\_ a confirmé la persistance à ce jour de manifestations symptomatiques d'une forme sévère de THADA, donnée nouvelle et importante, dans la mesure où il est établi aujourd'hui que le THADA constitue un risque du développement de dépendances. Le médecin explique que malgré le fait que le recourant soit totalement abstinent de drogue et qu'il ait cessé de consommer de l'alcool, il reste profondément perturbé par les troubles psychiatriques dont il souffre. Au vu des conclusions claires et convaincantes du Dr D \_\_\_\_\_, corroborées au demeurant par celles des Drs A \_\_\_\_\_, C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, il y a lieu d'admettre que le recourant a souffert, depuis

l'enfance déjà, de troubles psychiques, sous forme d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble de la personnalité et probablement déjà d'un THADA, antérieurs à sa toxicomanie, laquelle ne saurait dès lors être qualifiée de primaire. Les troubles psychiques préexistants n'ont, certes, pas empêché le recourant de suivre sa scolarité, d'acquérir une formation et de travailler durant plusieurs années. Il n'en demeure pas moins qu'actuellement, malgré l'abstinence, ils sont invalidants, dans la mesure où l'état clinique perturbe profondément l'assuré. Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ revêt ainsi pleine valeur probante et l'avis contraire du SMR du 6 mars 2006, qui par une motivation succincte se borne à écarter les diagnostics du Dr D\_\_\_\_\_, ne saurait emporter la conviction du Tribunal de céans. Il appartiendra à l'intimé d'effectuer une instruction complémentaire afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant et la date de la survenance de l'invalidité. Ceci fait, il rendra une nouvelle décision. En conséquence, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimé. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ) A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule les décisions de l'OCAI des 24 juin 2005 et 5 décembre 2005. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). Le greffier Walid BEN AMER La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.