

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1270/2007

ATAS/418/2008

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 9 avril 2008**

En la cause

Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme H \_\_\_\_\_, à  
Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
MOURO Manuel

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur G\_\_\_\_\_, a déposé le 26 avril 2002 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Lucerne (ci-après : l'OCAI de Lucerne), tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il souffrait depuis environ six - sept ans de problèmes psychiques, d'états anxieux, de dépression et de problèmes cardiaques.
2. Le 30 avril 2002, dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a adressé au Dr L\_\_\_\_\_, généraliste traitant, un questionnaire médical à retourner complété.
3. Après plusieurs sommations, le médecin traitant a communiqué à l'OCAI son rapport médical daté du 13 novembre 2003. Il en ressortait que l'assuré souffrait de poly-toxicomanie (dépendance aux opiacées), depuis environ 1985, substituée à la méthadone depuis 1995, et de divers troubles fonctionnels. Un trouble de la personnalité avec traits immatures et labiles était soupçonné. Selon le médecin traitant, la capacité de travail de son patient était sans autre limitée, à cause de la dépendance et des névroses de caractère. Une activité à temps partiel paraissait en revanche judicieuse afin de stabiliser et structurer la vie du patient. Le médecin traitant avait vu l'assuré pour la dernière fois le 27 juin 2003, celui-ci ayant déménagé à Genève dans le courant de l'été 2003.
4. Le 22 octobre 2004, la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie et nouveau médecin traitant de l'assuré à Genève, a communiqué à l'OCAI de Lucerne un rapport médical. Elle suivait l'assuré depuis le mois d'août 2003 et elle le voyait à raison d'une fois toutes les deux semaines. Au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, elle faisait état de poly-toxicomanie (héroïne, cocaïne ancienne, benzodiazépines), de traitement de méthadone au long cours, d'état anxieux dépressif sévère, d'hépatite C chronique active et d'hypogonadisme substitué. S'agissant du traitement, elle prescrivait de la méthadone à raison de 220 mg/jour, du rohypnol, du seresta et du testoviron. La capacité de travail était nulle et ne pouvait être améliorée par des mesures médicales ou professionnelles. Le pronostic était réservé vu la longue durée de la toxicomanie et de l'hépatite C active.
5. Le 18 janvier 2005, le psychiatre du Service médical régional de l'assurance-invalidité de Lucerne (ci-après : SMR de Lucerne) a retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychique ou physique ayant une influence sur la capacité de travail (référence au chiffre 1013 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI] - afférent à la toxicomanie). En effet, l'état anxieux n'était pas un diagnostic psychiatrique et compte tenu des hautes doses de benzodiazépines prescrites, un état anxieux n'était pas concevable. De plus, la consommation de drogues ou une symptomatologie de sevrage pouvaient

conduire à des états anxieux. De toute manière, un état d'abstinence n'était pas démontré, et par conséquent un éventuel trouble de la personnalité ou une autre atteinte à la santé psychique ne pouvait pas être clairement distinguée de l'effet des substances psychotropes (chiffre 1018 CIIAI). Un dosage de méthadone de 220 mg était extrêmement élevé et ne rentrait plus dans un cadre thérapeutique. Sans une réduction de la méthadone, il n'était pas possible d'apprécier la capacité de travail. Il appartenait à l'assuré de se soumettre pendant au moins une année à un traitement stationnaire de désintoxication y compris un sevrage des benzodiazépines. La méthadone devait être réduite à un dosage thérapeutique (normalement inférieur à 100 mg/jour). Après un tel traitement, il était possible de procéder à un examen psychiatrique.

6. A la demande de l'OCAI, le SMR de Lucerne a précisé le 11 février 2005 qu'une désintoxication de la drogue et des benzodiazépines était une mesure exigible médicalement. L'échec des précédents sevrages ne libérait pas l'assuré de son obligation de collaborer. Sans au moins six mois d'abstinence contrôlée médicalement et une réduction de la méthadone à une dose inférieure à 100 mg par jour, il n'était pas possible de déceler une atteinte à la santé invalidante. En cas de refus de l'assuré de se soumettre à une telle mesure, la demande devait être rejetée.
7. Par courrier du 18 février 2005, la Dresse M\_\_\_\_\_ a exposé à l'OCAI de Lucerne, en allemand, qu'une cure de désintoxication n'était médicalement pas exigible.
8. Dans un avis du 4 mars 2005, le SMR de Lucerne a retenu qu'en tout état de cause il n'était pas possible, vu les hautes doses de méthadone et de benzodiazépines administrées, de diagnostiquer une atteinte à la santé psychique. De plus, une désintoxication était toujours possible du point de vue médical.
9. Par décision du 17 mars 2005, l'OCAI de Lucerne a refusé toute prestation au motif que la toxicomanie n'avait en l'espèce pas valeur d'invalidité, dès lors qu'elle n'était elle-même pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé engendrant une invalidité et qu'elle n'était pas non plus à l'origine d'une telle atteinte.
10. Par courrier daté du 22 mars 2005, l'assuré a formé opposition contre le refus de prestations de l'OCAI de Lucerne. Il trouvait très injuste que la rente lui soit refusée en raison de sa poly-toxicomanie, alors même qu'il souffrait d'une dépression insupportable et de sentiments d'anxiété chroniques.
11. Le 22 avril 2005, la Dresse M\_\_\_\_\_ a adressé à l'OCAI de Lucerne un nouveau rapport médical. En sus des diagnostics déjà posés, son patient souffrait également d'un syndrome des apnées du sommeil. Pour le surplus, elle maintenait les précédentes évaluations.

12. Par décision du 30 septembre 2005, l'OCAI de Lucerne a confirmé sur opposition le refus de toute prestation. L'instruction médicale du dossier avait mis en évidence une poly-toxicomanie (traitée de longue date avec de la méthadone), un état anxieux grave, ainsi qu'une hépatite C chronique et un hypogonadisme. L'état anxieux n'était pas un diagnostic psychiatrique distinct et il devait être inséré dans le contexte de la toxicomanie. De plus, en l'absence de signes de sevrage, il n'était pas possible de distinguer les troubles de la personnalité ou psychiques de l'effet des substances psychotropes. La dose de méthadone (220 mg) était extrêmement élevée et sortait clairement du cadre thérapeutique. Sans une diminution de la méthadone, la capacité de travail ne pouvait pas être évaluée. En résumé, il n'y avait pas d'indices permettant de retenir l'existence d'autres atteintes à la santé en dehors de la problématique de la dépendance. Il n'était ainsi pas possible de poser de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail et relevant sous l'angle de l'assurance-invalidité. Enfin, il appartenait à l'assuré, en vertu de son obligation de collaborer, d'entreprendre un sevrage sous contrôle médical sur une période d'au moins six mois, avec un dosage de méthadone inférieur à 100 mg, cette mesure permettant de mettre en évidence, le cas échéant, l'existence d'une atteinte à la santé ayant une influence sur la capacité de travail. En estimant qu'un tel traitement n'était pas exigible de sa part, l'assuré contrevenait à son obligation de collaborer. Partant, l'office AI était en droit de statuer en l'état du dossier.
13. La décision sur opposition de l'OCAI de Lucerne du 30 septembre 2005 n'a pas été attaquée en temps utile et est entrée en force.
14. Le 22 mai 2006, l'assuré, qui était domicilié dans le canton de Genève depuis le 1<sup>er</sup> août 2003, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OCAI), tendant à l'octroi d'une rente. Il souffrait d'un état anxio-dépressif sévère depuis 1993 ainsi que d'une dépendance aux médicaments et il n'avait plus travaillé depuis 1997 - 1998 environ.
15. Par courrier du 24 mai 2006, l'OCAI a informé l'assuré que, s'agissant d'une demande de révision, il était tenu de fournir tous documents utiles permettant de rendre évidente l'aggravation de son état de santé.
16. En date du 18 juin 2006, l'assuré a communiqué à l'OCAI deux courriers du 30 novembre 2005 du Dr N\_\_\_\_\_, pneumologue, attestant d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère (index de 47 par heure), et un rapport du 6 juin 2006 du Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, faisant état de manifestations dépressives et anxieuses et de difficultés cognitives. Dans le courrier d'accompagnement, il demandait à l'OCAI si l'information relative à ses divers séjours en psychiatrie ou son internement forcé à Lucerne étaient nécessaires. Il exposait par ailleurs qu'il avait aussi suivi pendant environ une année et demie un traitement avec divers neuroleptiques et antidépresseurs ainsi qu'un traitement d'environ deux ans et

demie avec un neuroleptique. Son ancien médecin traitant, le Dr L \_\_\_\_\_, disposait de toutes ces données.

17. Le 3 août 2006, l'OCAI a demandé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) de se prononcer sur l'existence d'éléments nouveaux susceptibles de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré et de modifier son droit aux prestations.
18. Dans une note manuscrite du 22 août 2006, la Dresse P \_\_\_\_\_, médecin-conseil du SMR, a exposé qu'il n'y avait pas de nouvelles atteintes ou d'aggravation depuis la décision sur opposition de l'OCAI de Lucerne de mars 2005 (recte : septembre 2005). S'agissant des apnées du sommeil, elles étaient en étroite relation avec la prise de méthadone et pouvaient être améliorées voire guéries sans prise de toxique. Partant, il convenait de refuser d'entrer en matière.
19. Par projet de décision du 22 août 2006, l'OCAI a exposé à l'assuré que dans la mesure où il n'avait fait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande, il était préconisé de ne pas entrer en matière sur celle-ci.
20. Le 13 septembre 2006, l'assuré a été entendu à sa demande par les représentants de l'OCAI. Selon le procès-verbal d'audition du même jour, l'assuré avait déposé « sa demande initiale en raison d'angoisse liée à son problème psychiatrique (dépression sévère), qu'il stabilise avec des médicaments ». Il avait entrepris de nombreux sevrages depuis 1992 et il avait été hospitalisé en psychiatrie à Lucerne en 2000. L'OCAI lui a rappelé qu'il était tenu de confirmer ses déclarations par des données médicales.
21. La Dresse M \_\_\_\_\_ a exposé à l'OCAI, dans un courrier daté du 15 septembre 2006, que son patient souffrait de pathologies qui par leur seule persistance aggravaient de manière importante et irréversible son état de santé. Après plus de vingt ans de toxicomanie, celui-ci présentait des troubles mnésiques, gnosiques et praxiques sévères rendant impossible la reprise d'un travail quelconque. De plus, il présentait un état anxio-dépressif très sévère avec des crises de panique très fréquentes. Nonobstant plusieurs tentatives de sevrage en milieu hospitalier et ambulatoire, l'assuré avait augmenté sa consommation de benzodiazépines afin de mieux contrôler son anxiété extrême et un sevrage paraissait en l'état illusoire. Il souffrait également d'un syndrome des apnées du sommeil assez important. En résumé, l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle, même à temps fortement réduit.
22. Dans un certificat médical du 18 septembre 2006, le Dr Q \_\_\_\_\_, psychiatre, a exposé qu'il suivait l'assuré depuis le 14 août 2006 à la demande du médecin traitant, en raison d'un grave trouble anxieux et d'une dépendance aux opiacés et aux benzodiazépines. La dépendance aux opiacés semblait bien contrôlée grâce à une substitution de méthadone de 250 mg par jour. La dépendance aux

benzodiazépines entraînait la consommation quotidienne de trois types de benzodiazépines prescrites médicalement. Malgré le traitement, l'assuré continuait à ressentir des moments d'irritabilité et d'angoisses difficilement gérables. Il souffrait certainement d'un trouble de la personnalité à l'origine d'une impulsivité et d'une intolérance aux stress et aux changements et il avait présenté des décompensations psychiques dans le passé ayant nécessité des hospitalisations en milieu psychiatrique. De plus, sa situation sociale et affective était instable et précaire. Le psychiatre traitant estimait impossible que l'assuré puisse présenter une capacité de travail à long terme à 100%, voire même partielle.

23. Dans un avis médical du 31 octobre 2006, la Dresse P \_\_\_\_\_, du SMR, a estimé qu'il convenait d'instruire la question des séquelles cognitives évoquées par le médecin traitant, en interpellant à nouveau tant ce dernier que le psychiatre traitant pour qu'ils transmettent notamment une copie des examens spécialisés et des lettres de sorties en leur possession.
24. La Dresse M \_\_\_\_\_ a exposé, en date des 15 et 22 novembre 2006, que son patient souffrait, au titre d'affections ayant des répercussions sur la capacité de travail, d'une poly-toxicomanie sévère depuis l'âge de 15 ans, d'un état anxio-dépressif majeur s'inscrivant dans le contexte d'une personnalité borderline et d'un syndrome d'apnées du sommeil d'origine centrale engendrant une fatigue importante. De plus, l'assuré avait subi une perte pondérale de 6 kg en six mois. A sa connaissance, l'assuré n'avait jamais travaillé et elle attestait une incapacité de travail entière depuis qu'elle le suivait, soit depuis 2003, et ce aussi bien à cause de la toxicomanie que de la pathologie psychiatrique. Selon les évaluations effectuées par le Dr R \_\_\_\_\_, pneumologue, jointes en annexe, le syndrome d'apnées du sommeil était passé d'un index de 30/h à celui de 47/h entre novembre 2004 et décembre 2005.
25. Le 23 novembre 2006, le Dr Q \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a communiqué à l'OCAI les questionnaires en cas de toxicomanie et pour troubles psychiques, dûment remplis. Il en ressortait que l'assuré, dont le père était décédé des suites d'un alcoolisme chronique à l'âge de 46 ans, avait débuté la consommation d'héroïne à l'âge de 13 ans et avait aussi consommé, à de très hautes doses depuis, de la cocaïne, du cannabis, du LSD (plusieurs « bad trips », de l'ecstasy et de l'alcool). Il n'avait pas été en mesure de terminer son apprentissage de commerce, interrompu après une année et demie. En plus des troubles de la dépendance, l'assuré présentait des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, dont il était actuellement abstinent. Il souffrait aussi d'un trouble anxieux généralisé depuis 1995, ainsi que d'un état dépressif modéré à sévère chronique. Il présentait également des troubles de la concentration et de la vigilance et se plaignait de perte de mémoire. Son sommeil était de mauvaise qualité et son appétit diminué. Les symptômes et les signes les plus évidents étaient dus à la dépendance aux benzodiazépines, au cannabis et au trouble

anxieux généralisé. Le patient présentait également un trouble de la personnalité, soit une personnalité émotionnellement labile, dont les caractéristiques principales étaient une intolérance aux frustrations, une labilité de l'humeur, un trouble de l'identité et des relations sentimentales instables. S'agissant des constatations objectives, l'anxiété était au premier plan avec de nombreuses manifestations physiques (palpitations, transpiration, douleurs, etc.) et des signes psychiques très présents. Toutes ces manifestations cliniques étaient en relation avec la dépendance aux benzodiazépines sévère et à peine contrôlée sur le plan médical. L'incapacité de travail était entière, en raison des affections psychiques uniquement. Le Dr Q \_\_\_\_\_ joignait à ses questionnaires, notamment, deux rapports de sortie de 1997 et de 2001, en relation avec des séjours en milieu psychiatrique à Lucerne. Le premier rapport, du 23 juillet 1997, soupçonnait (« Verdacht ») l'existence d'un trouble de la personnalité. Le second, du 23 août 2001, rapportait, entre autres, des comportements enfantins, un défaut de reconnaissance de la maladie et des troubles mnésiques.

26. Dans un avis médical du 2 mars 2007, la Dresse P \_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que, sur la base du rapport du Dr Q \_\_\_\_\_, il convenait de retenir que l'état de santé de l'assuré était stationnaire ; toutes les manifestations cliniques étaient, selon les mots du Dr Q \_\_\_\_\_, en relation avec la dépendance aux benzodiazépines sévère et à peine contrôlée sur le plan médical et également avec la dépendance à la méthadone avec 250 mg/j et au cannabis. Selon le psychiatre traitant, les manifestations cliniques observées avaient pour origine la poly-toxicomanie qui entraînait des troubles anxieux et dépressifs. Les troubles du sommeil étaient aussi en relation avec la méthadone. Dès lors, les éléments médicaux démontraient bel et bien que cet assuré ne présentait pas d'aggravation durable de son état de santé ou de nouvelles atteintes. En effet, toutes les atteintes mentionnées étaient réversibles et liées à l'arrêt de la toxicomanie primaire. Enfin, il appartenait à l'assuré, en vertu de son obligation de réduire le dommage, d'entreprendre des efforts en vue d'arrêter la prise de toxiques.
27. Par décision datée du 7 mars 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'instruction médicale du dossier n'avait mis en évidence aucune aggravation durable de l'état de santé ni de nouvelles atteintes susceptibles d'atténuer la capacité de travail et de gain.
28. Par acte mis à la poste le 28 mars 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.
29. Il a complété son recours en date du 18 avril 2007. Il exposait que son précédent médecin traitant avait déposé une demande de rente lorsqu'il habitait encore à Lucerne. L'instruction du dossier avait trainé. Il avait ensuite déménagé à Genève en 2003 et il avait changé de médecin traitant. Lorsqu'il avait pris connaissance du refus de l'OCAI de Lucerne, il avait appelé le gestionnaire en charge de son cas qui

lui avait expliqué que son dossier n'avait pas été complet. La Dresse M\_\_\_\_\_ avait alors sollicité du précédent médecin traitant l'intégralité du dossier médical mais celui-ci n'avait envoyé que quelques rapports, de surcroît tous rédigés en allemand. C'est la raison pour laquelle la Dresse M\_\_\_\_\_ avait conseillé à son patient de recommencer une procédure à Genève. La demande avait été déposée pour des problèmes psychopathologiques, dès lors qu'il souffrait de graves troubles anxieux et de troubles de la personnalité à l'origine d'une intolérance au stress et aux changements. Il avait dû être hospitalisé en milieu psychiatrique. Il avait été traité entre 2003 et 2006 par le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, qui avait ensuite arrêté son activité de psychothérapeute. Il s'était ainsi retourné vers le Dr Q\_\_\_\_\_, mais il avait dû interrompre la thérapie, suite à des retards de paiement des factures par son assistante sociale. Tant la Dresse M\_\_\_\_\_, médecin traitant, que le Dr Q\_\_\_\_\_ étaient d'avis que sa capacité de travail était nulle. Le Dr O\_\_\_\_\_ avait aussi attesté de l'existence de troubles anxieux et dépressifs et avait fait état d'une mémoire de travail faible et de difficultés de concentration.

30. Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2007, la Dresse M\_\_\_\_\_ a exposé au Tribunal de céans que l'état physique de son patient avait subi de péjoration depuis 2003, notamment s'agissant des apnées du sommeil et des plaintes digestives. L'état psychique était stable dans l'handicap sans aucun espoir d'amélioration.
31. L'OCAI a répondu au recours en date du 24 mai 2007. Il a conclu à son rejet, pour les raisons exposées dans la décision querellée.
32. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 29 août 2007 dans le cadre de l'instruction du recours. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il prescrivait à l'assuré des benzodiazépines à très hautes doses, afin de traiter partiellement les angoisses, ces médicaments diminuant toutefois les capacités cognitives, la mémoire et l'attention. Grâce à la méthadone et aux benzodiazépines, l'état était stabilisé et contrôlé, ce qui permettait après un certain temps de poser un diagnostic psychiatrique stable, soit en l'espèce de diagnostiquer un trouble de la personnalité. En effet, c'étaient les variations de l'état psychique d'un poly-toxicomane induites par la prise irrégulière des toxiques qui empêchaient d'émettre des diagnostics fiables sur le plan psychiatrique. En l'espèce, même si le recourant consommait du cannabis, il était possible, sur la base de la littérature médicale, de diagnostiquer un trouble de la personnalité, soit un trouble borderline, caractérisé par l'intolérance à la frustration, des angoisses importantes, une labilité des émotions avec des moments de désespoir profond et des difficultés à s'adapter professionnellement et socialement, par exemple dans un travail d'équipe. Par ailleurs, la prise de toxiques, notamment d'opiacées, pouvait provoquer des séquelles irréversibles sur le cerveau et en modifier l'expression génétique. Même après un arrêt total des substances, les troubles psychiques pouvaient persister. Toutefois, l'arrêt du cannabis pouvait améliorer son état. Quant à la méthadone, elle ne provoquait aucune atteinte

cérébrale, indépendamment du dosage. S'agissant du questionnaire en cas de toxicomanie qu'il avait rempli, il avait effectivement indiqué que la toxicomanie n'était pas la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale antérieure à la toxicomanie. Il ne pouvait toutefois pas confirmer cette déclaration, dans la mesure où les personnes qui prennent des drogues présentent au départ généralement une réactivité au stress anormale et un déséquilibre. Ne connaissant pas le patient aux débuts de sa toxicomanie, il ne pouvait pas se prononcer davantage à ce sujet. Quant au fait qu'il avait déclaré que toutes les manifestations cliniques mentionnées dans le rapport étaient en relation avec la dépendance sévère du recourant aux benzodiazépines, cela ne voulait pas dire que ces manifestations avaient été provoquées exclusivement par la dépendance aux toxiques. Il y avait toutefois une interaction entre les toxiques et les troubles psychiques constatés et en cas d'arrêt total des benzodiazépines et du cannabis, l'état psychique du recourant se trouverait peut-être amélioré. En l'état, il n'était pas exigible du recourant qu'il devienne totalement abstinent du cannabis et des benzodiazépines et qu'il réduise la dose de méthadone à 100 mg. Cela était une contre-indication médicale et n'était pas justifiable sur le plan éthique. Dans le cas du recourant, l'arrêt de toxiques ne dépendait pas uniquement de sa bonne volonté, les affections psychiques dont il souffrait l'empêchant de devenir abstinent.

33. Par courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2007, l'OCAI a fait savoir que, selon le SMR, les explications apportées par le Dr Q\_\_\_\_\_ en audience n'étaient pas de nature à remettre en cause la décision attaquée. Les médecins du SMR ne contestaient pas la présence d'un trouble de la personnalité de type borderline. Toutefois, selon eux, ce trouble n'était pas décompensé et n'était donc pas invalidant. L'incapacité de travail du recourant était ainsi liée à la prise de toxiques et non à une maladie psychique invalidante. De plus, il n'y avait aucune séquelle irréversible liée aux abus.
34. Par courrier du 17 janvier 2008, le recourant a exposé que les précisions médicales apportées par le Dr Q\_\_\_\_\_, notamment l'existence de troubles psychiques antérieurs à la toxicomanie, étaient de nature à fonder une révision de la première décision. Il a également évoqué des mauvais traitements subis pendant sa prime enfance, ainsi que ceux subis par sa mère, éléments qu'il n'avait réussi à extérioriser que dans le cadre du suivi psychiatrique réalisé par le Dr Q\_\_\_\_\_.
35. Une copie de cette correspondance a été communiquée à l'OCAI pour information. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 28 mars 2007 contre la décision de l'OCAI du 7 mars 2007 est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c) Dans le cas d'espèce, l'OCAI est entré en matière sur la nouvelle demande et il a procédé à son instruction, en sollicitant l'avis des médecins traitants et du SMR. Le pouvoir d'examen du Tribunal n'est ainsi pas limité à l'examen des conditions d'entrée en matière.

4. a) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

b) Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

5. a) En l'espèce, il ressort de l'instruction médicale du dossier que le recourant souffre principalement de poly-toxicomanie et de troubles psychiques, ces affections étant présentes depuis de nombreuses années. Aucun médecin ne rapporte de péjoration significative à cet égard depuis la décision de refus de rente du 30 septembre 2005. En particulier, tous les troubles psychiques diagnostiqués ont fait leur apparition entre 1983 et 1995 (cf. rapport du psychiatre traitant du 23 novembre 2006) et il n'est pas rapporté que ces affections psychiques auraient péjoré de manière à influencer la capacité de travail entre septembre 2005 et mars 2007, soit entre le premier refus de prestations de septembre 2005 et la décision attaquée. Sur le plan somatique, le recourant souffre d'apnées du sommeil attestées médicalement depuis décembre 2004 par des rapports polygraphiques. Ce syndrome s'est aggravé entre décembre 2004 et novembre 2005, l'évaluation effectuée en novembre 2005 mettant en évidence un syndrome d'apnées du sommeil avec un index d'apnées/hypopnées qui est de passé de 29.2/h à 47/h. Le Tribunal de céans constate toutefois qu'en tant qu'elle résulte de la consommation de méthadone, comme l'atteste le Dr S\_\_\_\_\_, pneumologue traitant, cette affection est sujette à rémission moyennant abstinence, de sorte qu'elle ne fonde pas d'incapacité de travail, respectivement de gain, valant invalidité (cf. ATF non publié du 29 octobre 2007, dans la cause 9C.51/2007). Il s'agit donc d'une

---

modification de circonstances qui, à supposer qu'elle puisse être qualifiée d'importante, n'est pas propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente.

b) Force est ainsi de constater que c'est à juste titre que l'OCAI a estimé qu'en l'absence d'une aggravation durable de l'état de santé du recourant et de nouvelles atteintes à la santé ayant une influence sur la capacité de travail, les conditions d'une révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA n'étaient pas réunies, ce que le recourant ne conteste du reste pas. En effet, en déposant une nouvelle demande de prestations le 22 mai 2006, soit seulement quelques mois après avoir essuyé le refus de prestations de la part de l'OCAI de Lucerne, le recourant entendait demander la reconsidération ou la révision procédurale de la première décision, ce qui ressort clairement du mémoire complémentaire du recourant déposé le 18 avril 2007.

6. a) Selon un principe général du droit des assurances sociales, formalisé à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Selon la jurisprudence toujours valable sous l'empire de l'art. 53 al. 2 LPGA (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52 et 4.2.1 p. 54), si l'administration peut en tout temps reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées (sur ces conditions, voir ATF 127 V 466 consid. 2c p. 468 ss. et les références), ni le juge des assurances sociales, ni l'assuré, ne peuvent l'y contraindre (ATF non publié du 25 septembre 2007, I 44/07, consid. 2.2 et les références). En outre, le juge n'est pas habilité, en l'absence d'une disposition idoine, à lui imposer les modalités d'un tel réexamen (ATF 119 V 180 consid. 3b p. 184; SVR 1995 AHV n° 71 p. 215 consid. 2a). En conséquence, les décisions refusant d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent, en principe, être portées devant l'autorité judiciaire (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc, 117 V 12 consid. 2a et les références).

b) En l'espèce, après avoir écarté la nouvelle demande au motif que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, l'OCAI a fait savoir, après l'audition du Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qu'il ne pouvait nullement envisager une quelconque reconsidération de sa décision (courrier de l'OCAI du 1<sup>er</sup> octobre 2007). Toutefois, cette déclaration n'a pas valeur de décision (cf. ATF non publié du 25 septembre 2007, I 44/07). Par ailleurs, l'administration ne peut pas être contrainte à revenir sur sa décision. Partant, en tant que le recours tend à la reconsidération de la décision du 30 septembre 2005, il est irrecevable. Il reste à examiner le cas sous l'angle de la révision procédurale.

7. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA, révision dite procédurale), susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'ancien article 137 lettre b OJ (ATFA non publié du 29 novembre 2005, C 175/04 consid. 2.2).

b) Sont «nouveaux», au sens de l'art. 137 let. b aOJ, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

c) Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire, ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

8. a) Dans la décision sur opposition du 30 septembre 2005, l'OCAI de Lucerne a considéré qu'il n'était pas possible d'identifier une atteinte à la santé distincte de la poly-toxicomanie qui puisse avoir une influence sur la capacité de travail du

recourant et que la toxicomanie n'était ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé invalidante. Pour aboutir à cette solution, il s'est fondé principalement sur l'avis du psychiatre du SMR de Lucerne (cf. Protokoll du 16 novembre 2005 résumant l'instruction du dossier) qui à son tour s'était basé, sans examiner l'assuré, sur les certificats médicaux plutôt succincts produits par les médecins traitants, tous deux non psychiatres, soit un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ de novembre 2003 et des rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_, rappelant l'existence d'une poly-toxicomanie substituée à la méthadone et évoquant un soupçon de trouble de la personnalité et d'un état anxieux-dépressif sévère.

b) Il ressort de l'instruction médicale diligentée par l'OCAI suite au dépôt de la nouvelle demande de prestations, notamment des réponses apportées par le Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, que le recourant avait eu un père alcoolique décédé à l'âge de 46 ans, que ses parents avaient divorcé lorsqu'il avait cinq ans et qu'il n'avait jamais terminé son apprentissage d'employé de commerce. Après plusieurs petits boulots, il avait arrêté définitivement de travailler en 1997, vu son impossibilité de supporter contraintes et stress. Il avait commencé la consommation d'héroïne à l'âge de 13 ans, à 14 ans celle de cocaïne, de LSD (plus de cent reprises avec « bad trips ») et d'Ecstasy, et à 15 ans celle de benzodiazépines. Entre l'âge de 19 et 21 ans le recourant avait vécu au Platzspitz de Zurich où il consommait toute la journée notamment de l'héroïne et de la cocaïne à de très hautes doses. Il avait effectué plusieurs séjours hospitaliers en vue de sevrage entre 1992 et 1996. Il avait également été hospitalisé en psychiatrie en 1997 et en 2001. En plus de la dépendance à plusieurs substances psychotropes, le recourant présentait une anxiété généralisée depuis 1995, un état dépressif modéré à sévère chronique depuis 1994 et un trouble de la personnalité émotionnellement labile depuis 1985. Depuis trois ans, grâce à une substitution adéquate en méthadone, il avait pu rester abstiné d'héroïne, d'alcool et d'autres drogues. L'évolution était donc satisfaisante mais il était peu probable que l'état de santé puisse encore beaucoup s'améliorer au point de faire recouvrer à l'assuré une capacité de travail, même partielle. En audience, le Dr Q\_\_\_\_\_ a précisé que lorsque l'état d'un poly-toxicomane était stabilisé, comme en l'espèce, il était possible, après un certain temps, de poser un diagnostic psychiatrique stable, soit notamment le diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a aussi souligné que la prise de toxiques, notamment d'opiacées, pouvait provoquer des séquelles irréversibles sur le cerveau, qui persistaient même en cas d'arrêt total de la consommation de ces substances.

c) Ces précisions médicales et anamnésiques apportées par le Dr Q\_\_\_\_\_ jettent assurément une lumière nouvelle sur le tableau clinique psychique présenté par le recourant. Si le trouble de la personnalité de type borderline, diagnostiqué par ce praticien, n'est pas nouveau, sa présence ayant été évoquée par le Dr L\_\_\_\_\_ dans son rapport de novembre 2003, les constatations du Dr Q\_\_\_\_\_, telles qu'elles ressortent tout particulièrement du rapport du 23 novembre 2006 et de l'audience du 29 août 2007, font apparaître toute une série

d'antécédents psychiatriques et de données anamnésiques, dont il n'y a aucune trace dans la procédure diligentée par l'OCAI de Lucerne. Ces éléments nouveaux ont pu être mis en évidence, grâce à un suivi psychothérapeutique régulier depuis trois ans, d'abord avec le Dr O \_\_\_\_\_ puis ensuite, depuis l'été 2006, avec le Dr Q \_\_\_\_\_, à une administration contrôlée de méthadone et de benzodiazépines, ainsi qu'à une abstinence d'héroïne, d'alcool et d'autres substances, à l'exception du cannabis, depuis trois ans également.

d) En particulier, le rapport du Dr Q \_\_\_\_\_ met en évidence une très longue poly-toxicomanie du recourant, qui a consommé non seulement des opiacés (héroïne) comme indiqué par le Dr L \_\_\_\_\_, mais aussi de la cocaïne à de très hautes doses pendant de nombreuses années (jusqu'à 20 à 25 fois par jour), par injection et combinée avec de l'héroïne, du LSD entre quatorze et seize ans (plus de cent reprises), de l'ecstasy (à plusieurs centaines) entre quatorze et seize ans ainsi qu'à nouveau à partir de trente ans, du cannabis, du crack, des benzodiazépines et de l'alcool. Entre dix-neuf et vingt-et-un ans, le recourant a vécu principalement au Platzspitz de Zurich où il consommait toute la journée principalement de l'héroïne et de la cocaïne ainsi que du crack. La prise de toutes ces substances depuis son plus jeune âge, à des doses extrêmement élevées, et pendant de longues périodes, a pu provoquer, comme le relève le psychiatre traitant, des séquelles irréversibles sur le cerveau susceptibles d'affecter la capacité de travail du recourant. Or, il s'agit-là d'éléments nouveaux, totalement passés sous silence dans la première procédure, qui peuvent conduire à admettre l'existence de troubles psychiques invalidants consécutifs à une toxicomanie. L'OCAI ne pouvait ainsi pas se borner à nier, comme il l'a fait dans son avis du 13 septembre 2007, l'existence d'une quelconque séquelle irréversible liée aux abus.

e) De plus, le Dr Q \_\_\_\_\_ a communiqué à l'OCAI le 28 novembre 2006, notamment, un rapport de sortie de la Clinique psychiatrique de St. Urban à Lucerne, en relation avec un séjour en milieu psychiatrique du recourant en 1997 et un rapport de sortie du centre psychiatrique de la ville de Lucerne du 23 août 2001. Ces rapports font état, pour le premier, d'une suspicion de trouble de la personnalité (traits de la personnalité infantile et émotionnellement labile), ainsi que de status après des manifestations psychotiques avec idées narcissiques mégalomanes (induites vraisemblablement par l'absorption de drogue) et, pour le second, de comportement enfantin, d'un défaut de reconnaissance de la maladie ainsi que de troubles mnésiques. Or, il n'y a aucune trace de ces documents dans les décisions de l'OCAI de Lucerne, ni dans le résumé de l'instruction médicale du dossier (Protokoll per 16.11.2005), le Dr Q \_\_\_\_\_ ayant déclaré avoir lui-même recherché des documents médicaux et échangé de la correspondance avec la Suisse alémanique. Ces nouveaux moyens de preuve font apparaître des indices non négligeables de l'existence de troubles psychiques qui, s'ils ont précédé la toxicodépendance, pourraient l'avoir causée, ou qui pourraient entraîner une incapacité de travail.

f) Enfin, l'état psychique du recourant apparaît effectivement présenter en 2006 une certaine stabilité, grâce notamment à un suivi psychothérapeutique régulier depuis trois ans, à une administration contrôlée de médicaments pendant la même période - ayant permis une abstinence prolongée de l'héroïne et de la cocaïne -, ce qui est de nature à permettre d'isoler les diagnostics psychiques par rapport à la problématique de la dépendance et de la toxicomanie.

9. Au vu des éléments qui précèdent, le Tribunal de céans considère que l'on est en présence tant de faits nouveaux (données anamnésiques, historique de la consommation de drogues, antécédents psychiatriques) que d'éléments de preuve nouveaux (rapports de sortie de 1997 et 2001, rapports du Dr Q \_\_\_\_\_) qui renferment des indices non négligeables de l'existence de troubles psychiques invalidants qui ont provoqué la toxicomanie ou qui en sont la conséquence. Il apparaît aussi des circonstances du cas d'espèce, que ces éléments de preuve nouveaux n'ont pas pu être invoqués dans la précédente procédure. En effet, s'agissant des rapports de sortie de 1997 et de 2001, il apparaît qu'ils avaient été adressés au Dr L \_\_\_\_\_, qui avait été très peu collaborant, en retournant son seul rapport médical une année et demie après avoir été invité à le faire (et après de multiples sommations et prolongations de délai) et en omettant de communiquer l'intégralité de son dossier à l'OCAI de Lucerne comme au nouveau médecin traitant du recourant. Quant aux constatations du Dr Q \_\_\_\_\_, elles sont également nouvelles dès lors que ce psychiatre ne suit le recourant que depuis l'été 2006 et que c'est précisément grâce à un suivi psychothérapeutique régulier et à une administration contrôlée de médicaments durant trois ans, qu'il a été possible, en 2006, d'obtenir du recourant autant de données anamnésiques et d'identifier les troubles psychiques. Enfin, le Tribunal de céans relève aussi que les problèmes psychiques dont souffre le recourant, notamment le trouble de la personnalité borderline, l'ont empêché d'invoquer des faits et des moyens de preuve dans la procédure devant l'OCAI de Lucerne, notamment de recueillir et produire l'ensemble des documents médicaux le concernant, à supposer qu'il eut été en leur possession, et de faire plus tôt état de l'ensemble de ces problèmes, ce d'autant plus qu'il n'était pas défendu par un avocat. L'appréciation de l'OCAI de Lucerne apparaît ainsi avoir été émise dans l'ignorance de circonstances essentielles ou de preuves à leur sujet.

10. Dès lors, le Tribunal de céans considère que les conditions permettant la révision procédurale sont réunies. Quant au délai de nonante jours imposé par l'art. 67 PA pour faire valoir un motif de révision, on peut également considérer qu'il a été respecté dans la mesure où les rapports du Dr Q \_\_\_\_\_ des mois de septembre et de novembre 2006 et les pièces qui les ont accompagnés et qui décèlent des éléments nouveaux importants ont été présentés lorsque l'OCAI était déjà saisi d'une nouvelle demande de la part de l'assuré, et ne sont donc pas tardifs (cf. ATAS/913/2005).

11. Au regard de l'ensemble de ces nouveaux éléments, on doit reconnaître que le dossier médical renferme des indices non négligeables de l'existence de troubles psychiques invalidants. Dans ces conditions, l'office intimé doit entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et, en vertu du principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, diligenter une expertise psychiatrique pour déterminer les atteintes psychiques du recourant et leur répercussion sur la capacité de travail.
12. Cela étant, le recours est admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il diligente une expertise psychiatrique dans le sens des considérations qui précèdent.
13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
14. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 mars 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI  
RIZZI

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