REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1968/2007 **ATAS/1320/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 21 novembre 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié au Service des Tutelles d'adultes, boulevard Georges-Favon 26-28, GENEVE	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 Angelo M_____, né en 1968 et serrurier de profession, a requis, par demande reçue le 20 juin 1995, des prestations de l'assurance-invalidité.

2. Dans son rapport médical du 6 janvier 1997, la consultation psychiatrique Navigation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a émis les diagnostics de troubles graves de la personnalité (personnalité dyssociale), de dépendance à l'héroïne depuis huit ans avec une consommation chronique de cocaïne, de hépatite C et de douleurs résiduelles au niveau de la jambe droite suite à un accident de vélomoteur en 1992. L'assuré est en incapacité de travail pour une durée indéterminée.

3. Par décision du 3 août 1998, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er juin 1994.

4. Du 19 au 22 novembre 1999, l'assuré a séjourné à la Clinique psychiatrique de Belle-Idée. Selon le rapport relatif à ce séjour, daté du 24 novembre 1999 et signé par les Drs A_____et B_____, il s'agit de la troisième hospitalisation en entrée volontaire pour sevrage de cocaïne. Les diagnostics de ces médecins sont un syndrome de dépendance à la cocaïne et un syndrome de sevrage à la méthadone sans complication. A titre de facteur de stress chronique est mentionné un isolement social.

5. Du 24 janvier au 3 février 2000, l'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana pour être sevré de la cocaïne et éloigné du milieu habituel. Dans le rapport du 10 février 2000, les Drs C_____ et D_____ de cette clinique diagnostiquent principalement des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne. Les comorbidités sont une dépendance aux benzodiazépines, un tabagisme chronique, une dépression, une dermite séborrhéique, une acné kystique du dos et un mauvais état dentaire. Ils mentionnent par ailleurs un status post-sevrage aux opiacés il y a trois mois, post-ostéosynthèse du tibia et du fémur droits en 1992, post-fracture du crâne en 1992 et post-méningite à l'âge de 4 ans.

6. Du 11 au 26 avril 2000, l'assuré a de nouveau séjourné à la Clinique genevoise de Montana. Les diagnostics sont identiques. Le but du séjour est un sevrage à la cocaïne, un éloignement du milieu habituel et l'introduction d'un traitement antidépresseur.

7. Par ordonnance du 17 juillet 2000 du Tribunal tutélaire, l'assuré a été mis sous curatelle.

8. Dans son rapport du 5 décembre 2000, le Dr E_____ de l'Unité d'urgences psychiatriques des HUG, atteste que l'assuré a été admis dans cette unité à cette date au motif qu'il a présenté, après avoir arrêté la cocaïne, ainsi que d'autres benzodiazépines et opiacés, une recrudescence d'idées suicidaires et de souvenirs incontrôlables. Il diagnostique des troubles mentaux et du comportement, sans précision.

9. En mai 2004, l'OCAI entame une procédure de révision de rente.

10. Dans son rapport du 10 septembre 2004, la Dresse F_____pose les diagnostics suivants : dépendance aux opiacés, actuellement substituée par méthadone orale, abus d'opiacés occasionnels , dépendance à la cocaïne, dépendance aux benzodiazépines substituée, troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation de cocaïne et d'héroïne, instabilité ligamentaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche (status après fracture-luxation du pouce gauche), douleurs et crampes musculaires du pied droit après ostéosynthèse et AMO d'une fracture ouverte de la jambe droite avec lésion des nerfs sciatiques poplités interne et externe, gonalgies droites; rhinoconjonctivite allergique, céphalées occasionnelles pulsatiles et troubles statiques de la colonne cervicale avec occasionnelles névralgies. Ce médecin mentionne par ailleurs des hospitalisations pour sevrage de cocaïne à la Clinique psychiatrique de Belle-Idée et à la Clinique genevoise de Montana en 1998, 1999 et 2000. Elle déclare que l'état de santé de l'assuré s'aggrave. Du point de vue thymique, il présente des états d'angoisse, de tristesse et de cauchemars depuis la séparation en avril 2004 de sa concubine.

11. Sur la base d'examens du 11 avril et du 9 septembre 2005, le Dr G_____, psychiatre, procède à une expertise. Dans son rapport du 29 septembre 2005, il diagnostique un trouble de la personnalité émotionnellement labile et un syndrome de dépendance. Le premier diagnostic se fonde sur la constatation que l'assuré réagit avec impulsivité et sans considération des conséquences de ses actes. Il montre également une instabilité de l'humeur et ne supporte pas les remises en question. L'expert exclut cependant un trouble de la personnalité dyssociale, du fait que l'assuré parvient à établir des relations durables et a ressenti, à la rupture de sa dernière relation, des états d'angoisse et de tristesse, ainsi que des cauchemars. Durant les entretiens, l'assuré parle également avec tristesse du décès de la personne chez qui il vivait dernièrement. Il ne blâme par ailleurs pas autrui et ne donne pas de justifications plausibles pour expliquer son comportement. Une toxicomanie est associée au trouble de la personnalité. Elle est secondaire par rapport à celle-ci. Ces deux troubles ne permettent pas à l'assuré de s'insérer dans la société, ni de réussir un sevrage. Ces troubles sont présents depuis de nombreuses années et le pronostic est mauvais. La capacité de travail est nulle, dès lors que la prise de substances et la personnalité impulsive et colérique ne permettent pas à l'assuré de s'insérer dans le monde professionnel.

La prise de drogues ne lui permet pas d'avoir un niveau de concentration suffisant et le trouble de la personnalité l'empêche de suivre un horaire régulier ou d'avoir des rapports suffisamment bons avec un patron ou une clientèle. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables et la capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales.

12. Dans un avis médical du 18 janvier 2006, la Dresse H_____, interniste au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), déclare que l'expertise du Dr G_____ prouve que la toxicomanie de l'assuré est primaire. Elle motive cet avis par le fait que l'expert a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile et que ce trouble n'est pas décompensé et, partant, pas invalidant. Elle note à cet égard que la majorité des personnes qui présente un tel trouble de la personnalité travaille et fonctionne dans la société de manière parfaitement normale. Elle estime également que l'histoire de la toxicomanie de l'assuré évoque une toxicomanie primaire, dès lors qu'il a débuté vers l'âge de 15 ans par une consommation occasionnelle de cannabis et d'alcool, puis à l'âge de 19 ans une consommation d'héroïne. Durant le début de la consommation de toxiques, l'assuré a effectué une formation rapide de serrurier et travaillé en qualité d'employé temporaire, ce qui fait dire à la Dresse H_____ que son trouble de la personnalité n'a jamais été invalidant et que c'est uniquement en raison d'une toxicomanie primaire devenant de plus en plus importante et avec les dérapages habituels (vol, trafic de drogue…) que l'assuré ne travaillera plus. Elle estime également que l'assuré ne présente aucune séquelle invalidante de sa toxicomanie. De l'avis de ce médecin, l'assuré est capable de tout mettre en œuvre pour recouvrer une capacité de travail dans son ancienne activité. Ainsi, la rente d'invalidité lui a été allouée à tort. A l'époque, l'administration n'a pas analysé si cet assuré présentait une toxicomanie primaire ou secondaire. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une appréciation différente d'un même état de fait, mais d'un oubli d'examen du caractère de la toxicomanie.

13. Par décision du 24 avril 2006, l'OCAI supprime la rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de sa décision. Ce faisant, l'OCAI procède à une reconsidération de sa décision initiale, qu'elle qualifie de manifestement erronée, en se fondant sur l'avis médical de la Dresse H_____.

14. Par courrier du 24 mai 2006, complété le 22 juin 2006, l'assuré forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de sa curatrice, en concluant à son annulation.

15. Il joint à son opposition notamment un certificat médical de la Dresse F_____du 19 mai 2006 qui est rédigé en ces termes:

> *"L'état de santé de M. M_____ ne s'est pas amélioré depuis le dernier rapport médical fourni à l'AI le 10.4.2004.*

Les consommations d'héroïne fumée ainsi que de cocaïne sont toujours ponctuelles. Les problèmes de troubles du comportement sont importants et me semblent incompatibles avec un travail, quel qu'il soit.

Les problèmes physiques sont toujours d'actualité à savoir des douleurs de la jambe droite, des gonalgies droites, des cervicalgies, rendant difficile la station debout pendant plus de trois heures. (...)

De plus, le patient souffre actuellement d'épigastralgies sur helicobacter pilori et d'une épidydémite en cours de traitement."

16. Dans son avis médical du 18 juillet 2006, la Dresse H_____ constate que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas péjoré. Elle répète par ailleurs que la toxicomanie est primaire et que l'assuré doit dès lors tout mettre en œuvre pour cesser sa consommation et retrouver une activité. Pour élucider les limitations fonctionnelles sur le plan somatique, elle propose de demander une expertise au Dr I_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie.

17. Selon le rapport du 1er mars 2007 de cet expert, l'assuré présente une probable arthrose de la base du pouce gauche, un status après fracture du fémur droit à l'âge de 15-16 ans, un status après fracture ouverte tibia-péroné de la jambe droite en 1992, des gonalgies droites et un léger raccourcissement du membre inférieur gauche. Ces atteintes à la santé n'entraînent pas une incapacité de travail sur le plan somatique.

18. Par décision sur opposition du 16 avril 2007, l'OCAI rejette celle-ci. Ce faisant, il se fonde sur l'avis de la Dresse H_____ du SMR du 18 juillet 2006 par lequel ce médecin confirme sa précédente analyse, ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr I_____.

19. Par acte du 18 mai 2007, l'assuré, représenté par son curateur, interjette recours contre cette décision, en concluant en substance à l'annulation de la décision et, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Le recourant fait grief à l'intimé de s'être écarté des conclusions de l'expert pour y substituer les siennes propres.

20. Dans sa détermination du 19 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du recours en reprenant pour l'essentiel la motivation de sa décision sur opposition.

21. Dans sa réplique du 12 juillet 2007, le recourant persiste dans ses conclusions. Il relève que le Dr G_____ a clairement diagnostiqué que sa toxicomanie était secondaire au trouble de la personnalité. Quant à la Dresse F_____, elle ne se prononce pas sur le caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie. Le recourant rappelle par ailleurs qu'il est mentionné dans le rapport de sortie de l'Unité d'urgences psychiatriques des HUG du 5 décembre 2000 qu'il a présenté

une recrudescence d'idées suicidaires et de souvenirs incontrôlables, après avoir arrêté la cocaïne, autres benzodiazépines et opiacés. A cette occasion, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement a été posé, sans précision.

22. Le 22 août 2007, l'intimé persiste également dans ses conclusions.

23. 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 délai et forme prescrits de la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'intimé était en droit de reconsidérer sa décision du 3 août 1998, par laquelle il a octroyé une rente d'invalidité entière au recourant.

4. Selon un principe général du droit des assurances sociales, 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. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). A noter que la révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA (ATFA publié partiellement du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.3).

   Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au

moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.2).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   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; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

6. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur entrée en vigueur le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts et 70 % au moins rente entière.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y

a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

   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).

9. En l'espèce, l'intimé a soumis le recourant à une expertise psychiatrique par le Dr G_____. Son rapport du 29 septembre 2005 remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, cet expert se fonde sur une anamnèse complète, ainsi que le dossier médical. Il prend par ailleurs en considération les plaintes de l'assuré. Ses explications quant aux diagnostics retenus sont claires et convaincantes.

Selon les conclusions univoques du Dr G_____, la toxicomanie de l'assuré est secondaire au trouble de la personnalité émotionnellement labile. Par ailleurs, ce trouble, associé à une toxicomanie, provoque une incapacité de travail totale. C'est également ce trouble de la personnalité qui empêche l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel.

Aucun rapport médical approfondi et reposant sur un examen de l'assuré ne contredit les conclusions du Dr G_____. Seule la Dresse H_____ du SMR conclut, sur la base de cette expertise, que la toxicomanie n'est en l'espèce pas dépendante d'un trouble psychiatrique, alors même que le Dr G_____ arrive à la conclusion opposée. Sans être psychiatre et sans avoir examiné le recourant, la Dresse H_____ décrète que le trouble de la personnalité n'est pas décompensé et que la majorité des personnes qui présentent un tel trouble travaille et fonctionne dans la société de manière parfaitement normale. Elle tire également un argument en faveur d'une toxicomanie primaire du fait que le recourant a commencé à consommer des drogues dès l'âge de 15 ans et que, au début de sa consommation de toxiques, il a encore été en mesure de faire une formation rapide de serrurier et de travailler en tant qu'employé temporaire. Elle en conclut que le trouble de la personnalité n'a jamais été invalidant et que l'incapacité de travail est due uniquement à la toxicomanie, avec des dérapages tels que vol et trafic de drogue, etc.

Il y a cependant lieu de considérer que l'avis médical du 18 janvier 2006 de la Dresse H_____ est dépourvu de toute valeur probante. En effet, celle-ci n'a pas examiné l'assuré et n'est pas une spécialiste en psychiatrie, s'agissant d'un médecin interniste.

Partant, il sied de se fonder sur l'expertise du Dr G_____ pour apprécier si la décision initiale d'octroi de rente est manifestement erronée. Or, cette expertise a permis de confirmer le bien-fondé de cette décision. Les conditions pour procéder à une reconsidération de celle-ci ne sont dès lors manifestement pas remplies.

10. Selon l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, entre 200 fr. et 1'000 fr.

    En vertu de cette disposition légale, il se justifie de condamner l'intimé à un émolument de justice de 500 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 du 16 avril 2007.

4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

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