

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2089/2010

ATAS/1062/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 novembre 2011

5<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur V \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur V\_\_\_\_\_, né en 1968, employé de bureau de formation, a travaillé en dernier lieu en tant que réceptionniste à l'Hôtel X\_\_\_\_\_ à Genève, du 19 octobre 1998 au 31 mai 1999.
2. En arrêt de travail pour maladie depuis le 28 avril 1999, il a déposé le 13 septembre 2000 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
3. Selon le rapport du 31 décembre 2000 du Dr A\_\_\_\_\_, généraliste, l'assuré, qu'il suivait depuis 1993, présentait une polytoxicomanie depuis 1990, laquelle était selon lui la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Il avait pris sa dernière dose de méthadone le 25 février 2000, mais il n'était, très vraisemblablement, pas abstinent d'autres substances licites ou illicites. Il l'avait revu une dernière fois le 25 septembre 2000 pour son état anxieux mais à sa connaissance il n'était pas suivi par un psychiatre. Les diagnostics retenus étaient une ancienne hépatite A, un status après intervention chirurgicale du genou gauche, une personnalité anxieuse (CIM-10 F60.6), un syndrome de dépendance (CIM-10 F1x.2, F10, F11, F12, F13, F14), une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche et un trouble dépressif récurrent (CIM-10 F32.2).
4. Le Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, a exposé dans un rapport daté des 4 et 5 novembre 2002, qu'il avait pris en charge l'assuré le 27 juin 2002. Celui-ci avait débuté la consommation d'alcool et d'haschisch à l'âge de 16 ans et de cocaïne dès 18 ans. A partir de l'âge de 20 ans, il avait consommé de l'héroïne pendant dix ans et avait ensuite suivi une cure de méthadone chez le Dr A\_\_\_\_\_ de 1993 à février 2000, date à laquelle il avait stoppé la consommation d'opiacés pour reprendre activement celle d'alcool. S'agissant de la scolarité, l'assuré avait échoué à deux reprises en première année du collège puis une fois encore en première année de l'école de commerce. Il avait ensuite fait un apprentissage d'employé de bureau mais n'avait pas réussi les examens finaux ; il n'avait obtenu son CFC qu'à l'âge de 30 ans. Au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F 10.25), un probable trouble de la personnalité, type anxieux (évitant : F 60.6), une orientation sexuelle ego-dystonique (F 66.1) ; il souffrait aussi d'un certain nombre d'affections somatiques invalidantes. L'impossibilité de poser avec certitude un diagnostic de trouble de la personnalité était liée au fait que le patient n'avait jamais eu une période d'abstinence (d'alcool ou de stupéfiants) de plus de trois mois depuis l'adolescence. S'agissant du traitement, l'assuré avait interrompu au mois d'août 2002 les séances hebdomadaires auxquelles il s'était rendu alcoolisé, mais

les avait ensuite reprises et se présentait depuis lors sobre à ses rendez-vous. L'antidépresseur qui lui avait été prescrit avait contribué à la rémission des symptômes dépressifs en même temps qu'au sevrage d'alcool. Au vu de la multiplicité des problèmes tant physiques que psychiques observés, et compte tenu des faibles chances que le patient fût un jour sevré de toute substance, une incapacité de travail entière devait être admise de manière durable.

5. Dans un avis du 26 août 2003, les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ont exposé que les renseignements médicaux recueillis faisaient apparaître une toxicomanie essentiellement primaire, puisque l'assuré avait pu obtenir une formation avec CFC et avait pu travailler à plusieurs reprises dans des hôtels, quand il en était capable. Son état psychique s'améliorait sous traitement et en période d'abstinence. Quant aux atteintes à la santé somatiques, à la vue et aux genoux, elles étaient présentes depuis la jeunesse et n'avaient pas donné lieu à des incapacités de travail.
6. En date du 16 octobre 2003, l'OAI a signifié à l'assuré un refus de rente au motif que l'incapacité de travail était imputable essentiellement à une toxicomanie primaire non invalidante au sens de la loi.
7. Par courrier du 7 novembre 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision. Par décision du 27 avril 2004, l'OAI a rejeté cette opposition.
8. Le 18 août 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.
9. Dans un rapport du 11 novembre 2005, le Dr E\_\_\_\_\_, médecin auprès de la Fondation PHENIX (ci-après : la fondation), a attesté que son patient, dont l'état de santé s'aggravait, souffrait de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F 10.26), d'un trouble dépressif récurrent dès l'adolescence (F 33.4), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cocaïne, actuellement abstinent (F11.20 et F14.20), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, actuellement en régime de maintenance (F 13.22), d'un trouble panique (F41.0) et d'un trouble de la personnalité de type évitant (F 60.6). Il présentait une incapacité de travail entière à compter de 1999. Depuis qu'il était suivi par la fondation (octobre 2004) on observait une abstinence complète de l'alcool, à l'exception d'une rechute en septembre 2005, et des toxiques. Un traitement antidépresseur avait permis un sevrage progressif des benzodiazépines, un contrôle des attaques de panique et une amélioration partielle de l'humeur. Il persistait néanmoins un handicap important dans la capacité relationnelle, une angoisse lors de la confrontation à des inconnus, des difficultés de concentration et de mémoire, une difficulté à maintenir l'abstinence à long terme malgré une « compliance » au traitement très bonne. L'incapacité de travail était entière malgré le traitement de la toxicomanie et une rente d'invalidité était justifiée.

10. En date du 19 décembre 2006, le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR a exposé que la situation était inchangée depuis la dernière décision. Les problèmes évoqués par les médecins interrogés étaient secondaires à des toxicomanies d'allure primaire et avaient déjà été pris en compte dans la décision initiale. Le Dr E\_\_\_\_\_ signalait une abstinence de tout toxique depuis octobre 2004 et la présence de troubles psychiatriques, sans toutefois préconiser une prise en charge psychothérapeutique. Quant au trouble de l'humeur, il avait déjà été pris en compte dans l'avis du SMR de 2003.
11. Par projet de décision du 23 avril 2008, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que sa situation médicale s'était modifiée de manière essentielle et de nature à remettre en cause l'appréciation initiale.
12. Le 23 mai 2008, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet de décision. Il était psychologiquement incapable de travailler et était toujours suivi par la fondation.
13. Dans un courrier du 6 octobre 2008, le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre au sein de la fondation, a attesté qu'il avait examiné l'assuré en date des 12 juin et 28 août 2008 et l'avait soumis à un certain nombre de tests. Il observait d'emblée que l'assuré était abstinent de tout toxique, y compris de l'alcool, depuis deux ans mais que, ce nonobstant, les diagnostics posés par les Drs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ persistaient. Compte tenu notamment des scores réalisés aux tests effectués, il y avait lieu d'admettre une dépression récurrente sévère (F23.2), sans caractéristiques psychotiques, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse, grave et polymorphe sous forme de troubles paniques avec agoraphobie sévère (F 41.0) et phobie sociale (F 40.1). De plus, le patient montrait un trouble de la personnalité évitant et dyssocial (F 60.2). Sur le plan de la personnalité, l'assuré montrait une indifférence envers les sentiments d'autrui, un mépris des normes et des règles sociales, une incapacité à maintenir durablement des relations et une très faible tolérance à la frustration avec des décharges de l'agressivité et un manque manifeste de tout engagement social y compris professionnel. Dans ce contexte et compte tenu de l'absence de conduite addictive actuelle, la toxicodépendance apparaissait secondaire aux troubles psychiques primaires. Les conditions d'une révision de la première décision de refus de rente apparaissaient ainsi réunies.
14. Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont rappelé en date du 29 octobre 2008 que le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR avait constaté une situation inchangée depuis la dernière décision, dans son avis du 9 décembre 2006. Les nombreux diagnostics énumérés par le Dr G\_\_\_\_\_ n'étaient nullement étayés selon la CIM-10 ; il n'y avait notamment pas de status psychiatrique et l'assuré semblait surtout présenter une personnalité dyssociale qui ne l'avait toutefois pas empêché de travailler dans le passé. Partant, il n'y avait pas d'élément

convainquant permettant de modifier les conclusions précédentes qui demeuraient valables.

15. En date du 6 novembre 2008, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 18 août 2005.
16. Par arrêt du 25 mars 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque, a admis le recours de l'assuré contre cette décision, a annulé celle-ci et renvoyé la cause à l'OAI pour entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et, ceci fait, rendre une nouvelle décision.
17. En juillet 2009, l'OAI a mandaté le Dr J\_\_\_\_\_ en vue d'une expertise psychiatrique. Selon le rapport du 12 novembre 2009 de cet expert, l'assuré présentait les diagnostics de dépendance à l'héroïne, à la cocaïne, au cannabis et à l'alcool, actuellement abstinent, ainsi qu'une dépendance aux benzodiazépines, une personnalité état limite avec des traits pervers et sociopathiques. Il s'agissait "d'un trouble important de la personnalité qui présuppose les difficultés d'adaptation sociale, des dérapages dans la délinquance" (p. 20 expertise). Au plan social, l'expert a relevé à titre de limitations « Sociopathe, pervers, instable, manipulateur qui utilise autrui, la société a ses propres fins ». Concernant l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, il a exposé que « S'il faut considérer les sociopathes pervers comme des sujets incapables de travailler, alors en ce sens l'incapacité de travail est totale ». Cependant, selon l'expert, l'assuré n'avait jamais véritablement fait un effort pour s'intégrer d'une manière ou d'une autre, et ses actes délictueux lui avaient fait perdre à l'époque ses places de travail. Néanmoins, certains sociopathes pervers arrivaient à obtenir une certaine adaptation professionnelle, surtout lorsque certains traits de la personnalité s'atténaient avec l'âge. De l'anamnèse de l'expertise, il résultait que l'enfance de l'assuré avait été relativement difficile et conflictuelle. Il avait suivi la scolarité obligatoire, mais s'était trouvé en échec, y compris dans son apprentissage. Il avait commencé à consommer du haschich et de l'alcool depuis l'âge de 16 ans, de la cocaïne depuis l'âge de 18 ans, puis, dès 20 ans, essentiellement de l'héroïne. Après l'obtention d'un CFC d'employé de commerce, il avait travaillé comme réceptionniste et employé administratif pendant une brève durée dans deux hôtels. Cependant, il avait été licencié à chaque fois, car il « empruntait » de l'argent dans la caisse, tout en notant que c'était lui qui avait pris l'argent, pour payer sa consommation de drogue. Depuis 2002, il n'avait plus fait de recherches d'emploi, étant cassé par la drogue, selon ses dires, et résigné à ne plus rien trouver. Il avait connu une période où il avait été plus ou moins sans domicile fixe. Entre 2002 et 2005, il dormait la nuit chez ses parents. Sur le plan sentimental, il avait toujours été attiré par des hommes âgés. Depuis 1992, il entretenait une relation avec un ami qui vivait dans le même immeuble et chez lequel il dormait toutes les nuits. Il lui arrivait néanmoins de rôder le soir pour avoir des relations sexuelles épisodiques dans les lieux de rencontre homosexuels. Quant à sa toxicomanie, il avait été sous méthadone depuis

1992 (jusqu'à 700 mg/jour). Depuis 1999, il était abstinent de l'héroïne, ce qui avait aggravé sa consommation d'alcool. Depuis 2005, il était également abstinent de l'alcool, selon ses déclarations, mais surconsommait des benzodiazépines. Il n'avait jamais commis de tentative de suicide. Il avait cependant déclaré être devenu de plus en plus paranoïaque avec les années, ayant peur des gens, se sentant agressé par eux, raison pour laquelle il préférait sortir la nuit. En ce qui concernait son emploi du temps, il se levait à 9h et allait sur un programme de composition de musique par ordinateur, ce qui était sa passion. Le soir, il mangeait chez son ami et s'occupait du ménage de celui-ci quand il en avait envie. Des tests psychométriques réalisés par l'expert, il résultait que l'assuré présentait une symptomatologie dépressive légère à l'hétéro-évaluation et une dépression majeure, épisode actuellement modéré, à l'auto-évaluation. Les résultats du test SCL-90R étaient fortement pathologiques pour tous les facteurs, y compris les traits paranoïaques et les traits psychotiques. Selon l'expert, cela suggérait une tendance à la dramatisation. Quant au test V.K.P. (trouble de la personnalité), il donnait des scores probables pour la personnalité histrionique, narcissique et des scores définitifs pour la personnalité paranoïaque, schizoïde, schizotypique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive et à conduite d'échec. Selon l'expert cela exprimait également le besoin de dramatisation et de manipulation de l'assuré. Le test de Young donnait des schémas dysfonctionnels qui plaidaient pour une personnalité limite. L'examen clinique n'a pas mis en évidence des signes et symptômes de la ligne psychotique. Le contact avec l'assuré était perturbé, celui-ci se montrant parfois séducteur, parfois menaçant. Par ailleurs, « L'analyse de sa biographie et l'inadaptation à tous les milieux, l'instabilité du comportement, la facilité du passage à l'acte que ce soit dans la drogue, la sexualité, probablement le vol chez certains de ses employeurs, selon ses déclarations, soulignent un fonctionnement état limite avec des traits pervers ». L'assuré avait un tempérament légèrement anxieux, mais surtout passif, et manquait de volonté. Il tendait à se complaire dans un parasitisme social. Selon l'expert, l'assuré ne pouvait aimer, ni s'attacher, ni manifester un véritable respect pour autrui.

18. Selon l'avis médical du 25 février 2010 de la Dresse K\_\_\_\_\_ du SMR, l'expert parlait plutôt d'une structure de la personnalité, mais non pas d'un trouble de la personnalité décompensée. Selon cette praticienne, l'assuré avait un fonctionnement parfaitement normal dans son cadre familial et dans son cadre privé, ce qui tendait à faire penser qu'il s'agissait d'une sociopathie et non pas d'une maladie psychiatrique incapacitante.
19. Le 23 mars 2010, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de refus de prestations.
20. Par courrier du 15 avril 2010, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a fait valoir qu'il était sans activité depuis 10 ans, totalement désocialisé et inapte au placement, au vu de ses problèmes d'intégration à la société en général. Malgré cela et ses problèmes de dépendance, il avait tout mis en œuvre pour s'en sortir et devenir une

personne respectable. Cependant son incapacité d'insertion sociale l'empêchait de travailler et de s'intégrer dans un groupe de travail quelconque. Il était de plus en plus dépressif et obligé d'avoir recours à des médicaments pour se maîtriser.

21. Selon l'attestation du 30 avril 2010 du Dr L\_\_\_\_\_ de la fondation PHENIX, l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité état limite avec des traits pervers et sociopathiques empêchant toute adaptation socioprofessionnelle, de sorte qu'il devrait bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité.
22. Par décision du 18 mai 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.
23. Par acte posté le 15 juin 2010, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente. Il fait valoir que sa toxicodépendance est secondaire à des troubles psychiatriques primaires, comme attesté par différents médecins. Il est également sujet à des troubles paniques, à l'agoraphobie, une dépression récurrente et d'autres troubles de la personnalité consécutifs à des abus subis durant l'enfance, troubles qui empêchent toute adaptation sociale et socioprofessionnelle. Il n'a ainsi jamais pu acquérir de connaissances professionnelles à cause de ces symptômes et ne peut pas travailler dans le marché normal du travail.
24. Par écritures du 19 août 2010, l'assuré complète son recours, par l'intermédiaire de son conseil. Il relève que les avis de ses médecins traitants résultent de l'observation de son état et de son évolution durant une période s'étendant sur plusieurs années à ce jour, ce qui renforce la crédibilité de leurs appréciations. Par ailleurs, l'expert mandaté ne se prononce en fait pas sur le caractère primaire ou secondaire de la toxicodépendance, de sorte qu'il y a lieu de retenir les avis exprimés par les Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ sur ce point.
25. Dans sa réponse du 8 septembre 2010, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant essentiellement sur l'avis de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 26 février 2010.
26. Par ordonnance du 14 mars 2011, la Cour de céans met en œuvre une expertise psychiatrique et la confie au Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre à Lausanne.
27. Dans son rapport d'expertise du 14 juillet 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (émotionnellement labile type borderline, anxieux et dyssocial), de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, syndrome de dépendance actuellement abstinente, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement utilisation épisodique. Selon l'expert, les atteintes psychiatriques empêcheraient le recourant très certainement de gérer le stress et la distance interpersonnelle avec un haut risque de recrudescence de symptômes dépressifs et de certains symptômes en rapport avec les troubles de

la personnalité. Il ajoute que le recourant "aurait tendance à se disqualifier, à se rendre malade, à provoquer l'échec, inconsciemment et poussé par une force intérieure autodestructrice qui l'habite depuis son enfance". La polytoxicomanie dont il a souffert dans le passé est secondaire au trouble de la personnalité et à la dépression présente depuis l'adolescence. Les traits de personnalité, très marqués au début de l'âge adulte, ont en outre empêché l'adhésion à toute relation ou alliance thérapeutique. L'expert estime que la capacité de travail est nulle sur le plan psychiatrique en raison des atteintes psychiatriques. Les facteurs psychosociaux jouent un rôle non significatif. Des mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec. L'expert se détermine également sur l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_. Il est en désaccord avec ce psychiatre en ce qu'il a écarté le diagnostic de dépression récurrente. Il estime également qu'il a accordé trop peu d'importance aux répercussions du trouble de la personnalité sur la capacité de travail. Enfin, l'expert judiciaire a soumis le recourant à un examen neuropsychologique, lequel est dans les limites de la normale pour l'ensemble des fonctions testées.

28. Le 12 août 2011, le SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Il constate que tous les médecins s'accordent pour dire que le recourant présente un trouble de la personnalité. Cependant, les experts sont d'une opinion divergente en ce qui concerne la qualification de la toxicomanie, le Dr J\_\_\_\_\_ retenant une toxicomanie primaire et le Dr N\_\_\_\_\_ une toxicomanie secondaire. Selon le SMR, il n'y a par ailleurs pas lieu de tenir compte du trouble de la personnalité, celui-ci étant ancien et ne semblant pas être actuellement décompensé. Par ailleurs, dès lors que le trouble dépressif est actuellement en rémission, il ne saurait être reproché au Dr J\_\_\_\_\_ de ne pas l'avoir retenu. Cela étant, le SMR maintient ses précédentes conclusions.
29. Sur la base de cet avis médical, l'intimé se détermine le 24 août 2011. Il observe que le Dr N\_\_\_\_\_ se base essentiellement sur des éléments sociaux et dès lors étrangers à l'invalidité pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, aucune aggravation notable des circonstances n'a pas été mise en évidence par rapport à la précédente décision.
30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable.
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut se prévaloir d'une modification de son état de santé justifiant une révision du droit à la rente (révision matérielle), ou d'un fait ou d'une preuve nouveaux permettant de procéder à une révision procédurale.
4. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5).  
  
b) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 4 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 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).
5. En l'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales a considéré, dans son arrêt du 25 mars 2009 (ATAS/363/2009) que l'état de santé du recourant s'était modifié, dans la mesure où il était devenu abstinent des substances toxiques depuis la dernière décision de refus de prestations du 16 octobre 2003, laquelle était motivée par le fait que la toxicomanie était primaire. Ainsi, le Tribunal a justifié l'entrée en matière sur la demande non pas sur la base d'une amélioration de l'état de santé, mais d'une modification du comportement du recourant permettant de poser des diagnostics psychiatriques sans interférence avec une toxicomanie en cours.

Au vu des expertises réalisées, il convient toutefois de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une révision matérielle.

6. Cependant, il sied d'examiner si les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al.1 LPGA sont réalisées.

En vertu de cette disposition, 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 nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

En l'espèce, suite à la modification des circonstances, soit l'abstinence de substances toxiques du recourant, il a été pour la première fois possible de déterminer objectivement les atteintes psychiatriques du recourant. Ainsi, les nouvelles constatations médicales sont à considérer comme des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant.

Partant, la demande ne sera pas examinée sous l'angle de l'aggravation, mais uniquement sur la base des constatations médicales faites à partir du moment où le recourant est devenu abstinent.

7. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, 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).
8. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.2).

9. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins .

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable 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. Selon art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 , l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

10. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en

procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

11. En l'espèce, il convient de constater que le recourant ne souffre actuellement pas d'une dépendance et ne présente apparemment pas de séquelles irréversibles de la polytoxicomanie antérieure, au vu d'un examen neuropsychologique dans les limites de la normale. Ainsi, sa capacité de travail n'est pas à examiner sous l'angle de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples. Il est vrai que le Dr N\_\_\_\_\_ a retenu des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, le recourant consommant de façon épisodique de la bière. Toutefois, les résultats sanguins ont permis de constater que l'enzyme du foie caractéristique pour l'abus d'alcool est dans les valeurs normales, de sorte qu'il faut conclure à une probable absence d'alcoolisations significatives. Par conséquent, la question de savoir si le recourant souffre d'une toxicomanie primaire ou secondaire ne se pose en principe plus.

Il y a dès lors lieu d'examiner la capacité de travail du recourant sous l'angle des autres atteintes psychiatriques diagnostiquées.

Selon l'expert judiciaire, le recourant présente des troubles mixtes de la personnalité (émotionnellement labile type borderline, anxieux et dyssocial) et un trouble dépressif récurrent, lequel est actuellement en rémission. Il y a lieu de relever que le trouble mixte de la personnalité constaté par l'expert judiciaire est aussi admis par le J\_\_\_\_\_, ainsi que par le SMR, comme cela ressort de son avis médical du 12 août 2011. Ce diagnostic ne fait donc pas de doute. Quant au trouble dépressif récurrent, l'expert judiciaire n'a pas constaté une symptomatologie dépressive à l'examen clinique, à l'instar du Dr J\_\_\_\_\_. Il retient ce diagnostic sur la base des rapports médicaux des médecins traitants depuis 2000 qui ont tous reconnu l'existence d'un tel trouble. Toutefois, il sied de rappeler que le recourant était alors dépendant de substances psycho-actives qui peuvent précisément avoir provoqué des épisodes dépressifs. Ce diagnostic est dès lors sujet à caution.

Se pose ainsi essentiellement la question de la répercussion des troubles de la personnalité sur la capacité de travail.

Selon l'expert judiciaire, cette dernière est nulle. Il explique à cet égard que le trouble de la personnalité anxieuse (évitante) est caractérisé par un sentiment d'infériorité et de tension, ainsi qu'une réticence à nouer des relations. En ce qui concerne le trouble de la personnalité labile, il implique une prise de risques et un comportement autodestructeur, une image de soi perturbée, une instabilité relationnelle, de nombreux passages à l'acte au détriment de la réflexion de la mentalisation. De l'avis de l'expert judiciaire, il s'agit d'un trouble grave de la personnalité. Il a rappelé que déjà le Dr J\_\_\_\_\_, dans son expertise du 12 novembre 2009, avait qualifié le trouble de la personnalité d'important et admis qu'il présupposait des difficultés d'adaptation sociale. C'est par ailleurs vraisemblablement ce trouble de la personnalité qui explique que le recourant soit devenu polytoxicomane.

Quant au Dr J \_\_\_\_\_, il ne s'est pas clairement prononcé sur la capacité de travail, tout en admettant implicitement que l'incapacité de travail est totale. En effet, selon ses déclarations, il est plutôt exceptionnel que des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité tel que le recourant puisse s'adapter professionnellement.

La Cour de céans retient sur la base des expertises que les troubles de la personnalité, auxquels s'ajoute éventuellement un trouble dépressif récurrent, implique une énorme vulnérabilité qui ne permettrait selon toute vraisemblance pas au recourant de faire face au stress qu'implique une reprise de l'activité professionnelle, même si ses capacités cognitives ne sont pas diminuées. Il est par ailleurs à supposer que ces atteintes psychiatriques ont amené le recourant à devenir polytoxicomane. Ainsi, même si celui-ci est aujourd'hui abstinent, le risque est grand qu'il rechute en cas de stress, ses ressources pour y résister étant insuffisantes.

Cela étant, les conclusions de l'expert judiciaire emportent la conviction de la Cour de céans. Une incapacité de travail totale doit donc être admise, ce qui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière.

Le recourant ayant déposé sa nouvelle demande de prestations en août 2005, le droit à la rente prendra effet le 1<sup>er</sup> de ce même mois.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2005.
13. Dans la mesure où l'intimé succombe, il est condamné à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
14. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 18 mai 2010.
4. Accorde au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2005.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis 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; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

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