



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2163/2018

ATAS/773/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par le recourant
Docteur U_____

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE intimé
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL, Judges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, de nationalité suisse, divorcé, au bénéfice d'un CFC de gestionnaire de vente, a travaillé à Genève comme vendeur jusqu'en 2007-2008.
2. Le 27 novembre 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans laquelle il déclarait présenter une hernie discale L4-L5, une sciatique, un status post amputation de l'annulaire gauche et une ancienne toxicomanie, substituée par traitement médical. Il a précisé qu'il dépendait de l'Hospice général mais qu'il avait perçu des prestations de l'assurance-chômage du 1^{er} août au 30 novembre 2011.
3. Par pli du 6 décembre 2013, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) a informé l'OAI que l'assuré s'était inscrit au chômage à 100 % et avait bénéficié d'une évaluation de compétences auprès de la fondation PRO en juillet 2011. Il ressort des documents annexés à ce courrier de l'OCE, tirés du dossier d'assurance-chômage de l'assuré, que celui-ci avait produit divers certificats d'incapacité de travail se rapportant à la période de février 2008 à août 2011, mais qu'en date du 6 octobre 2008, le docteur B_____, médecin-conseil de cet office, avait considéré l'intéressé capable de travailler à plein temps comme vendeur ou employé de commerce, dans une activité ne nécessitant ni port de charges supérieures à 8-10 kg, ni efforts intenses de la colonne lombaire, postures en porte-à-faux ou déplacements sur un sol irrégulier.
4. Dans un rapport du 20 décembre 2013 à l'OAI, le docteur C_____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés depuis 1994, actuellement traités par substitution (F11.22), de troubles anxieux « sans précision » (F41.9) mentionnés en 2010, de lombalgies, de hernie discale L4-L5 gauche, opérée en 2010, et de status après amputation du quatrième rayon de la main gauche pour nécrose sèche en 2012. L'assuré était également traité, depuis 1994, pour une grave polytoxicomanie (héroïne, cocaïne, ecstasy, hypnotiques), dont le suivi avait été émaillé d'hospitalisations en milieu psychiatrique et marqué par de récentes complications dues à des « auto-injections ». Ses lombalgies récidivantes ne permettaient pas des travaux lourds. De même, il connaissait des limitations incompatibles avec des activités impliquant la marche (en terrain irrégulier), le port de charges, les rotations, les positions accroupie, à genoux, avec les bras au-dessus de la tête, assise ou debout prolongées. Sa capacité de concentration était limitée du fait de ses addictions, du traitement morphinique et psychotrope. Sa faculté de compréhension était limitée car fluctuante et variable. Sa personnalité et le traitement suivi restreignaient sa capacité d'adaptation. Enfin, la résistance de l'assuré était limitée tant sur le plan physique (hernie discale opérée) que psychique. Depuis le 15 août 2011, il était totalement incapable d'exercer sa profession de vendeur de meubles, mais la reprise d'une activité adaptée – par exemple en tant que vendeur, aide de bureau ou dans

toute activité ouvrière sans contraintes physiques – était envisageable à 50 % à l'issue de stages, ce taux pouvant éventuellement s'accroître à 100 % après une patiente réadaptation. Une réadaptation professionnelle était préconisée.

Le Dr C_____ a joint divers rapports médicaux, notamment :

- un rapport du 2 avril 1998 du département de psychiatrie des HUG, dont il ressortait que l'assuré avait séjourné volontairement du 10 au 31 mars 1998 à la villa Les Crêts, hôpital de jour, pour y subir une cure de méthadone. Selon les docteurs D_____ et E_____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant, qui avaient retenu le diagnostic principal de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, [personne suivant] actuellement un régime de maintenance sous surveillance médicale (F11.22) » et le diagnostic de « troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'hypnotiques, [personne suivant] actuellement un régime de maintenance sous surveillance médicale (F13.22) », l'histoire de la toxicomanie remontait à un début de consommation de cannabis à l'âge de 13 ans, avec une consommation occasionnelle jusqu'à 17 ans. À 17 ans également, il avait commencé à consommer de l'ecstasy, d'abord irrégulièrement, puis tous les week-ends. Actuellement, il continuait à en absorber, souvent le week-end. Entre 18 et 19 ans, il avait commencé à s'adonner occasionnellement à la prise d'héroïne, de cocaïne et de LSD. À 20 ans, il consommait régulièrement de l'héroïne et avait connu les premiers symptômes de manque. À 21 ans, il avait réussi un premier sevrage seul, suivi d'une période d'abstinence de six à sept mois. Peu de temps après avoir rechuté, il avait commencé à consommer de la méthadone sous contrôle médical. Depuis le début de cette cure de méthadone, il avait connu deux périodes d'abstinence d'héroïne qui avaient duré entre six et huit mois. Au moment de son admission à la villa Les Crêts, il consommait entre 1 et 5g de cannabis et 1g d'héroïne par jour ;
- un rapport du 2 juillet 2009 du département de psychiatrie des HUG (service d'addictologie), dans lequel les docteurs F_____ et G_____, respectivement chef de clinique et médecin interne relataient la deuxième hospitalisation au « Zéphyr » pour un sevrage de cocaïne du 12 au 26 juin 2009. L'assuré présentait des troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous traitement de substitution (F11.22). Sur le plan anamnestique, l'assuré indiquait avoir manqué, durant son enfance, d'un cadre de vie stable car sa famille avait déménagé à maintes reprises pour les raisons professionnelles du père. De retour en Suisse à l'âge de 8 ans, il disait avoir été scolarisé et socialisé pour la première fois. Peu de temps après, ses parents avaient divorcé. Il avait alors vécu avec sa mère et sa sœur en n'ayant presque plus de contact avec son père. Entretenant des relations conflictuelles avec sa mère – peu présente – et livré à lui-même, il avait connu une scolarité chaotique

et disait avoir mal tourné à l'adolescence, époque à laquelle il avait commencé à avoir de mauvaises fréquentations et à s'adonner à la prise de stupéfiants. Quelques années plus tard l'assuré avait décidé de se reprendre en main et entrepris avec succès un apprentissage de gestionnaire de vente, suite auquel il avait travaillé pendant plus de cinq ans dans un magasin de meubles. Pour des raisons de restructuration et suite à un arrêt maladie motivé par une hernie discale, il avait été licencié. Durant cette période d'inactivité professionnelle, sa consommation de cocaïne était devenue incontrôlable. Dans la discussion consécutive du cas, les médecins ont indiqué que le sevrage de cocaïne s'était déroulé sans complications, l'assuré ayant eu un comportement parfaitement adéquat durant tout le séjour. Au bénéfice d'un traitement à base notamment de méthadone à sa sortie, l'assuré avait rejoint l'hôpital de jour des Crêts dès le 1^{er} juillet 2009 pour une prise en charge ambulatoire ;

- un rapport du 13 août 2009 du service d'addictologie des HUG, résumant le séjour de l'assuré à l'hôpital de jour des Crêts du « 19 juin 2009 » (sic) au 30 juillet 2009. L'assuré s'était présenté le jour de l'entretien d'entrée et avait défini, avec l'aide des médecins chargés de l'encadrement, un programme groupal léger afin de travailler sa gestion émotionnelle dans un but d'abstinence de cocaïne, avec un projet de reprise d'activité dans un second temps. Il ne s'était présenté à aucun des groupes prévus, ce qu'il avait justifié par une incompatibilité avec des projets personnels en cours, concernant notamment une reprise d'activité. En l'état, l'épisode de soins avait été fermé au 30 juillet 2009 (i.e : sans traitement à la sortie) ;
- un rapport du 2 juin 2010 de la doctoresse H_____, cheffe de clinique auprès du service d'addictologie du département de psychiatrie des HUG, posant le diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie) (F14.26) et les autres diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie) (F13.26) et de trouble anxieux (F41.9). Du 15 septembre 2009 au 9 avril 2010, l'assuré avait à nouveau suivi, dans le contexte d'un « projet de réhabilitation », un séjour semi-hospitalier à l'hôpital de jour des Crêts. À sa sortie, il avait bénéficié d'un traitement à base de méthadone et de Tranxilium. L'issue de ce traitement était cependant peu claire, l'assuré ayant refusé que le service d'addictologie s'adressât à son médecin traitant ;
- un rapport du service de neurochirurgie des HUG du 4 janvier 2011, relatant que l'assuré avait été opéré le 5 décembre 2010 d'une hernie discale lombaire L4-L5 gauche par les docteurs I_____ et J_____, neurochirurgiens ;

- une IRM lombaire du 18 avril 2011, pratiquée par le Service de radiologie des HUG en vue d'un bilan pour une sciatique gauche après status post-discectomie et hémi-laminectomie L4-L5 en décembre 2010, concluant à un remaniement post-opératoire L4-L5 avec signe de fibrose, entourant la racine L4 gauche avec épaissement de celle-ci ;
 - un rapport du 30 mai 2011 du Dr J_____, faisant état d'une disparition de sciatalgies mais d'une persistance de lombalgies en cas de positions statiques prolongées. L'assuré serait prochainement en mesure de reprendre progressivement le travail, à 50 % dans un premier temps ;
 - un rapport opératoire du docteur K_____ du 18 mars 2012, indiquant que l'assuré avait été amputé du quatrième rayon de la main gauche, à la suite d'une nécrose ;
 - un rapport du 7 janvier 2013 des doctresses L_____ et M_____, médecins auprès du département de médecine interne des HUG, dont il ressortait que l'assuré avait été hospitalisé du 7 au 22 décembre 2012, pour une ischémie aiguë du membre inférieur droit sur injection intra-artérielle de méthadone avec échec de revascularisation par thrombolyse intra-artérielle. Outre les status post discectomie L4-L5 (5 décembre 2010) et post dermo-hypodermite de la main gauche sur injection de méthadone ; il présentait une poly-toxicomanie (cocaïne, opiacés, héroïne) actuellement substituée par morphine ;
 - un rapport du 10 décembre 2013 du département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences des HUG, relatant une admission de l'assuré, le même jour, dans le contexte d'une infection – possiblement bactérienne – qui s'était développée au niveau du pli inguinal droit, suite à une injection d'héroïne pratiquée à ce niveau à l'aide d'une seringue déjà utilisée.
5. Par avis du 29 août 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité [doctresse N_____] (ci-après : le SMR), a estimé sur la base des éléments versés au dossier que l'assuré présentait des lombalgies chroniques et des limitations fonctionnelles persistantes du rachis, nonobstant une intervention chirurgicale de discectomie L4-L5 pratiquée en 2010. Il était également connu pour une toxicomanie primaire depuis l'âge de 13 ans, qui lui avait valu d'être hospitalisé à diverses reprises en entrée volontaire dans le but d'être sevré. Malgré un suivi régulier par le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne, son comportement addictif restait très fort. S'appuyant sur le rapport du Dr C_____, la Dresse N_____ a conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité légère, sans montées d'échelles, port de charges supérieures à cinq kilogrammes, positions debout ou assise, en porte-à-faux, accroupie ou à genoux prolongées.
6. Le 9 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de prestations. Selon le SMR, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de vendeur – pour laquelle il bénéficiait d'un CFC de gestionnaire

de vente –, moyennant le respect des limitations fonctionnelles qui étaient les siennes. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans la mesure où il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toute activité entrant en ligne de compte.

7. Par courrier du 8 octobre 2014, l'assuré a contesté ce projet. Son état de santé ne lui permettait pas de travailler dans son activité de gestionnaire de vente, compte tenu de fortes limitations dans tout domaine d'activité. Un entretien et un examen médical auprès de l'office s'avéraient nécessaires.
8. Par décision du 20 octobre 2014, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré. Faisant siennes les conclusions du SMR, il a retenu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de vendeur et toute autre activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Faute d'incapacité de travail dans toute activité entrant en ligne de compte, l'assuré n'avait pas droit non plus à des mesures professionnelles.
9. Par pli du 21 novembre 2014 adressé à l'OAI, l'assuré a contesté cette décision.

Il a soutenu que la décision litigieuse ne tenait pas compte de son parcours médical difficile et de ses limitations fonctionnelles importantes, qui réduisaient à néant ses perspectives d'engagement comme vendeur. Ses limitations s'étaient au demeurant accrues depuis qu'une amputation de l'annulaire gauche avait péjoré ses facultés à dactylographier et manipuler des objets. Dépendre de l'assurance-invalidité ne représentait pour lui pas un idéal, si bien qu'il avait refusé d'entreprendre des démarches en ce sens lorsque son médecin le lui avait suggéré en 1994-1995. Toutefois, il ne voyait désormais plus d'autre alternative. Il transmettrait prochainement de nouveaux justificatifs médicaux.

Il a joint :

- un certificat du Dr C_____ du 10 novembre 2014, déplorant que l'assuré n'ait pas été auditionné et relevant que la demande de prestations d'invalidité avait été déposée précisément en raison des limitations admises par le SMR. Compte tenu de ces limitations, des mesures de réadaptation, stages ou formations lui paraissaient opportunes afin que l'assuré puisse retrouver une activité adaptée à son handicap somatique ;
 - deux rapports d'imagerie et radiographie lombaire du docteur P_____, radiologue, datés du 16 juin 2014, concluant à une discopathie L4-L5 avec status post-opératoire à gauche, sans signe évident de souffrance articulaire ni anomalie disco-vertébrale significative.
10. Le 26 novembre 2014, l'OAI a transmis le courrier du 21 novembre 2014 à la chambre de céans, pour raison de compétence.
 11. Entendu en qualité de témoin le 9 mars 2015, le Dr C_____ a déclaré que depuis 2013, la santé psychique de l'assuré et sa capacité de travail s'étaient nettement

améliorées grâce à un traitement de ses addictions, tandis que ses lombalgies étaient restées stationnaires, voire s'étaient légèrement améliorées.

12. Par arrêt ATAS/792/2015 du 19 octobre 2015, la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré, considérant qu'il ressortait des conclusions largement convergentes du SMR d'une part, des Drs C_____ et B_____ d'autre part, qu'il était capable, en tout cas depuis le 1^{er} décembre 2013, d'exercer à plein temps une activité de vendeur sans contrainte physique ou toute autre activité légère moyennant le respect des limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Dès cette date, il résultait de la comparaison des gains un degré d'invalidité de 3.1 %, majoré à 12.8 % après prise en compte d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, afin de prendre en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Insuffisant, ce taux d'invalidité n'ouvrait pas droit à un reclassement. Pour le surplus, l'assuré ne remplissait pas non plus les conditions d'octroi d'une orientation professionnelle ou d'une aide au placement. Non contesté, cet arrêt est entré en force.
13. Le 20 décembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en utilisant par erreur le formulaire réservé aux demandes d'allocations pour impotent. Sous « données relatives à l'impotence », il a indiqué qu'il rencontrait occasionnellement des difficultés pour se lever, s'asseoir ou se coucher, « lors des crises aiguës ». S'y ajoutaient parfois des difficultés pour se déplacer ou entretenir des contacts sociaux.
14. Le 7 mars 2017, le docteur Q_____, médecin généraliste, a fait part de son étonnement à l'OAI. En réalité, il ne demandait pas l'octroi d'une allocation pour impotent mais une reconversion professionnelle en faveur de l'assuré.
15. Le 16 mars 2017, l'OAI a invité l'assuré à faire parvenir tous documents médicaux permettant de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la décision du 20 octobre 2014.
16. Par projet de décision du 20 avril 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
17. Dans un rapport du 19 mai 2017 à l'OAI, le Dr Q_____ a évoqué un « cas très difficile à traiter » avec une longue histoire médicale qu'il a résumée en énumérant les diagnostics suivants :
 - toxicomanie de longue date (1986-1988) ;
 - traitement de substitution depuis 1994 (aujourd'hui 100 mg), deux fois par jour ;
 - dépendance aux benzodiazépines de longue date ;
 - troubles anxieux ;
 - dépression chronique ;
 - spondylarthrose L3-L4 (2006) ;

-
- arthrose généralisée ;
 - intervention pour hernie discale L4-L5 (HUG) en 2010 ;
 - amputation du 4^{ème} doigt de la main gauche (2013) suite à une thrombose aiguë ;
 - thrombose veineuse profonde de la jambe droite traitée par anticoagulant (juillet 2016 et janvier 2017).

En outre, une IRM lombaire du 8 mai 2017, pratiquée par le Prof. R_____, radiologue FMH, révélait :

- en L3-L4, un rétrécissement foraminal des deux côtés, d'origine multifactorielle, en contact avec l'émergence des racines L4 des deux côtés mais sans conflit disco-radiculaire significatif, ainsi que la progression d'une discopathie protrusive débutante ;
- en L4-L5, une petite hernie discale (légèrement luxée) en contact avec l'émergence de la racine L5.

18. Par avis du 13 juin 2017, le SMR (doctoresse S_____) a estimé que les atteintes annoncées par le Dr Q_____ (thrombose veineuse profonde de la jambe droite en juillet 2016, nouvelle thrombose veineuse profonde de la jambe droite en janvier 2017, rétrécissement foraminal des deux côtés en contact avec la racine L3 en progression par rapport au status post-opératoire en 2010) rendaient l'aggravation plausible.
19. Dans un rapport non daté, reçu le 16 octobre 2017 par l'OAI, le Dr Q_____ a mentionné qu'il suivait l'assuré depuis décembre 2015. Celui-ci était capable, dès à présent, d'exercer toute activité à 50 % n'impliquant pas de position uniquement debout, ne nécessitant pas de se pencher, de travailler à genoux ou en rotation, ne requérant pas l'utilisation d'escaliers ou d'échafaudages, et exempt de ports de charges. Contrairement aux capacités d'adaptation et de résistance, qui étaient limitées, les capacités de concentration et de compréhension ne l'étaient pas. Invité à indiquer les causes de l'incapacité de travail de l'assuré, le Dr Q_____ a mentionné la toxicomanie de longue date, traitée par le Dr O_____, les HUG et le Dr C_____, un trouble anxieux et une dépendance aux benzodiazépines. En revanche, les diagnostics de hernie discale traitée en L4-L5, hépatite C, amputation du 4^{ème} doigt de la main gauche, ischémie et thrombose du membre inférieur droit étaient sans effet sur la capacité de travail. Le pronostic n'était pas favorable mais stable. Le traitement actuel était antalgique (pour la colonne lombaire), complété par l'administration de méthadone (300 mg/jour) et de benzodiazépines (30 mg/jour).

Le Dr Q_____ a également joint divers rapports, déjà en possession de l'OAI depuis le 23 décembre 2013, ainsi qu'un avis de sortie délivré le 26 juillet 2016 par la doctoresse T_____, médecin interne auprès du Service d'angiologie des HUG, qui faisait suite à une hospitalisation de l'assuré du 24 au 26 juillet 2016. Ce dernier

présentait une thrombose veineuse profonde étendue à la jambe droite et s'était vu prescrire du rivaroxaban (Xarelto®) lors de son retour à domicile.

20. Dans un avis du 17 mai 2018, le SMR (Dresse S_____) a rappelé que la première demande avait été refusée en 2014 en lien avec des lombalgies chroniques séquellaires récidivantes, status post-discectomie L4-L5 sur hernie discale prédominant à gauche en 2010. La capacité de travail avait été évaluée à 100 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles. Quant à la demande du 20 décembre 2016, elle avait été formée en lien avec une thrombose veineuse profonde à la jambe droite (en juillet 2016 et janvier 2017). À l'examen des rapports versés au dossier par le Dr Q_____, le SMR a estimé que le rapport de sortie délivré le 26 juillet 2016 par le Service d'angiologie des HUG constituait le seul élément nouveau. S'agissant de la colonne vertébrale, l'IRM lombaire du 8 mai 2017 était certes nouvelle mais le diagnostic post discectomie L4-L5 était sans effet sur la capacité de travail. En conclusion, la thrombose veineuse profonde étendue à la jambe droite influençait la capacité de travail mais pas de manière durable. Quant aux limitations fonctionnelles, elles réduisaient la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle de vendeur – compte tenu d'une impossibilité de rester en position debout toute la journée – mais n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à 100 % (soit une activité assise avec possibilité de changer de position selon les besoins de l'intéressé) au plus tard deux mois après la survenance de la thrombose.
21. Par décision du 23 mai 2018, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel à l'assuré. À l'issue de l'instruction médicale du cas, le SMR avait estimé que l'incapacité de travail se montait à 50 % dans l'activité habituelle, ce depuis janvier 2017 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le 1^{er} avril 2017 au plus tard. En se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014), plus précisément au tableau TA1, tirage skill-level, secteur privé, ligne « total », un homme exerçant à plein temps une activité de niveau 1 pouvait réaliser un revenu de CHF 5'312.- par mois (CHF 63'744.- par année). En tenant compte d'une durée normale du travail de 41.7 heures, ce revenu se montait à CHF 66'453.- (CHF 63'744.- x 41.7 / 40) puis à CHF 67'022.-, une fois indexé à 2016 selon l'évolution des salaires nominaux (ISS en 2016 : CHF 2'239.- et en 2014 : CHF 2'220.- ; soit CHF 66'453.- x CHF 2'239.- / CHF 2'188.-), soit CHF 60'320.- après une réduction supplémentaire de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. En comparant ce revenu avec le dernier salaire obtenu auprès de son employeur en 2006 (CHF 59'259.-), indexé à 2016 (ISS en 2015 : CHF 2'239.- et en 2006 : CHF 2'047.-), soit CHF 64'817.-, la perte de gain subie s'élevait à CHF 4'498.- et le degré d'invalidité à 6.94 %, soit : (CHF 64'817.- - CHF 60'320.-) x 100 / CHF 64'817.-). Un taux d'invalidité inférieur à 40 % ne permettait pas de prétendre à une rente d'invalidité. Faute de manque à gagner durable s'élevant à 20 % au moins, un reclassement n'entraînait pas en ligne de compte. Au vu du large

éventail d'activités non qualifiées existant dans les secteurs de la production et des services, force était de constater qu'un nombre significatif d'entre elles était adapté aux empêchements de l'assuré et ne requérait donc pas l'intervention de l'OAI. Enfin, une aide au placement n'avait pas lieu de lui être octroyée puisqu'il n'était pas entravé de manière spécifique par son atteinte à la santé dans sa faculté de rechercher un emploi. Dans son cas, c'était l'office régional de placement (ORP) qui était compétent.

22. Le 30 mai 2018, l'assuré a invité l'OAI à transmettre son dossier à son médecin traitant, le docteur U_____, spécialiste en médecine interne.
23. Le 23 mai 2018, l'assuré, représenté par le Dr U_____, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre la décision du 23 mai 2018, concluant en substance à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il a également sollicité, à titre préalable, l'audition du docteur V_____, responsable de l'unité interdisciplinaire de médecine et prévention de la violence des HUG, pour l'éclairage scientifique que celui-ci pouvait apporter en qualité de co-auteur d'une publication intitulée « Violences et tortures ».

À l'appui de ses conclusions, le recourant a reproché à l'intimé de se fonder sur l'avis SMR du 17 mai 2018 pour lui refuser le droit à toute prestation. Le SMR listait une série de problèmes (syndrome lombaire douloureux, complications multiples suite à des auto-injections) sans faire l'analyse de la toxicomanie dont il était atteint, « problème qui n'avait jamais été abordé dans cette procédure ». En effet, dans ce dossier, il était partout considéré comme un toxicomane – qui devait d'abord faire un sevrage avant toute prise en compte de son état. Cette perception était, aujourd'hui encore, plus sociétale que médicale. Il était donc nécessaire de la remettre en cause pour prendre en compte les recherches récentes sur ce sujet. Comme le soutenait la Commission mondiale sur la politique des drogues, il y avait lieu de se référer aux nouvelles recommandations internationales qui parlaient de « traitement agoniste aux opioïdes » (TAO) en lieu et place de l'ancienne dénomination, par trop dégradante, de « traitement basé sur la substitution » (TBS). Ce changement de dénomination apportait une meilleure compréhension de cette affection. En effet, le TAO était bien un traitement médical de la douleur. Cette douleur était telle que les patients qui en souffraient couraient un danger (sans ce traitement), la menace allant des comportements à risques jusqu'au suicide. Tous les patients sous TAO avaient en commun un vécu traumatique infantile sévère, la symptomatologie constatée à l'âge adulte dépendant surtout de la précocité de l'atteinte et de la « gravité du ressenti lors du trauma ». Ainsi, les adolescents préalablement traumatisés recouraient à des produits inhibant l'amygdale de l'hippocampe – siège de la mémoire traumatique du cerveau – à cette période de leur vie. Ces inhibiteurs étaient variés et utilisés depuis la nuit des temps (alcool, opium, cannabis, etc.).

Le recourant s'était efforcé de contrôler ses peurs en essayant diverses substances dès l'âge de 16 ans, soit l'ecstasy, le cannabis, la cocaïne et le LSD. À 20 ans, il s'était adonné à l'héroïne et avait été pris en charge dans le cadre d'un programme de substitution à la méthadone, substance à laquelle il était nécessaire d'ajouter une benzodiazépine, le Rohypnol®. À 30 ans, il avait remplacé ce dernier par le Dormicum®. Quand le traitement de substitution n'était pas assez dosé, les flashbacks revenaient, de sorte qu'il devait s'injecter de la méthadone. « Selon le vœu de l'autorité », la méthadone fournie n'était pas prévue pour être injectée car on y avait ajouté un irritant vasculaire. Ayant « trop mal », le recourant avait eu tout de même recours à des injections, ce qui avait provoqué la nécrose et la perte de l'annulaire de sa main gauche en 2013.

L'étiologie de son affection était liée à son enfance. Né en 1974 à Sierre d'un père instable sur le plan professionnel et d'une mère portugaise née au Congo-Belge, il avait une sœur de cinq ans son aînée, avec laquelle il avait tissé si peu de liens qu'il ne la voyait plus depuis au moins dix ans. Son enfance avait été déstabilisée par des déménagements imprévus dans divers points d'Europe et même jusqu'au Maroc. Son père avait besoin de faire vivre sa famille et acceptait tout type de travail. Finalement, ses parents s'étaient installés à Genève mais leur séparation était intervenue peu de temps après. À cette époque, à l'âge de 8 ans, il était cependant content de se retrouver enfin dans une école, entouré de camarades. Il parvenait à « faire off » des violences verbales, des menaces et des crises qu'il subissait de la part de ses parents qui s'entredéchiraient. Lors de leur séparation, l'autorité parentale avait été attribuée à sa mère, femme qu'il décrivait comme étant rigide, non aimante, non protectrice et parfois dénigrante. Il avait tout de même entrepris des études de programmeur analyste – qui n'allaient pas aboutir. Puis il était parvenu à obtenir un CFC de gestionnaire de vente et avait exercé cette profession de 2002 à 2007. Il s'était marié à une ressortissante équatorienne en 2004 et leur union, restée sans enfants, avait été dissoute par le divorce dix ans plus tard.

Aujourd'hui son examen clinique était dominé par des troubles anxieux sévères qui « le fige[aie]nt dans toutes les actions à entreprendre ». Son appartement était devenu un capharnaüm. Il se sentait gêné de le montrer au point de refuser une aide à domicile. Ses phobies administratives l'empêchaient de répondre aux demandes des autorités. Il vivait au-dessous du seuil du minimum vital et les amendes qu'il recevait risquaient de se transformer en jours de prison. Depuis plus de trente ans, les médecins en charge de son suivi lui avaient dit que pour s'en sortir, il fallait viser l'abstinence. Il faisait des efforts considérables pour réduire la prise de produits stupéfiants. Survenaient alors des « douleurs terrifiantes [...] venant [selon lui] de ses os » et qui était insupportables ; il devait alors se procurer des produits illicites pour éviter son suicide. Aussi, il avait confié au Dr U_____ qu'il devait « être blindé de médicaments, sinon il était dans un stress si intense que cela [provoquait] des douleurs ». Il se sentait perdu et coupable de tout, décrivant sa vie

comme « pas terrible, peu glorieuse [...] le plus grand procureur contre lui [étant] lui-même ».

Selon le Dr U_____, le début de la prise en charge du recourant, par ses soins, remontait à six mois. Durant cette période, il avait eu de grandes difficultés à mettre en place un TAO efficace, soit un traitement répondant aux exigences de la loi sur les stupéfiants. Le TAO était efficace lorsque le ressenti douloureux était contrôlé par une dose suffisante de morphiniques et que les flashbacks étaient inhibés par les benzodiazépines. Cet équilibre était d'autant plus difficile à atteindre que le recourant avait bénéficié de produits multiples, en particulier par auto-administration. Cette phase initiale de la prise en charge du recourant avait pour but d'atteindre un équilibre neurobiologique jusqu'à permettre un travail de fond. Il lui serait alors possible d'individualiser ses peurs, de les reconnaître et de pouvoir les contrôler par l'élaboration de la pensée au niveau frontal. Actuellement, le recourant était en proie à un sentiment d'insécurité, de peur et d'angoisse qui était alimenté par les traumatismes emmagasinés dans l'amygdale gauche de son hippocampe. Aujourd'hui encore, ses traumatismes étaient si florides que sa parole se bloquait à l'évocation de son enfance. Ainsi, il souffrait des conséquences de violences subies au cours de son développement infantile. Cela avait provoqué un état de stress post-traumatique (CIM-10 : F43.1) qui le handicapait au point de le priver de toute capacité professionnelle. La politique du « sevrage avant tout », telle qu'elle avait été également exposée par les précédents médecins en charge du suivi, avait encore renforcé la mémoire traumatique du recourant lors de ces dernières années. Aussi, il était nécessaire de montrer de l'écoute et de la bienveillance avec de tels patients. Dans le cas contraire, le comportement [du médecin] devenait alors associé à celui des référents adultes du patient alors enfant, soit celui qui fait peur et qui renforce encore le mécanisme réflexe de la peur, avec comme conséquence un état clinique dissocié.

24. Par réponse du 16 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant que dans son avis du 21 mars 2014, le SMR avait retenu et expliqué en quoi la toxicomanie du recourant revêtait un caractère primaire. Par ailleurs, dans son arrêt ATAS/792/2015 du 19 octobre 2015, la chambre de céans avait considéré que le recourant était capable d'exercer une activité adaptée à 100 % depuis décembre 2013. Suite à la nouvelle demande de prestations formée le 20 décembre 2016, l'intimé avait retenu une aggravation (non durable) de l'état de santé du recourant en raison d'une thrombose. Toutefois, sa capacité de travail dans une activité adaptée restait entière. Ainsi, en l'absence de changement important et durable de l'état de santé ou des répercussions de celui-ci sur la capacité de gain de l'intéressé, il y avait lieu de conclure à l'absence de motif de révision.

L'intimé a également versé au dossier un avis médical du 13 juillet 2018, dans lequel le SMR (docteur W_____) prenait position au sujet de l'argumentaire du Dr U_____ en ces termes : contrairement à ce qui était scientifiquement admis, le Dr U_____ était d'avis que tous les patients toxicomanes sous traitement de

substitution avaient eu une enfance malheureuse et traumatisante. Une telle assertion était dénigrante pour les familles de patients toxicomanes, dans la mesure où des enfants vivant dans des milieux familiaux bienveillants et protecteurs pouvaient également développer une dépendance à des produits illicites. Le Dr U_____ évoquait un état de stress post-traumatique, mais la symptomatologie du recourant était typique d'une personne dépendante (syndrome de sevrage avec douleurs et anxiété) et non d'un état de stress post-traumatique, faute non seulement d'un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique, mais aussi d'une reviviscence d'un tel événement sous forme de souvenirs envahissants ou de cauchemars. Par conséquent, on ne pouvait que s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR et considérer que le recourant ne présentait effectivement qu'une polytoxicomanie sévère qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité.

25. Par réplique du 10 août 2018, le recourant a persisté à soutenir, par la voix du Dr U_____, qu'il présentait tous les symptômes d'un état de stress post-traumatique et que sa toxicomanie était la conséquence de cette atteinte préalable. Actuellement, il montrait des troubles psychiques si divers et si imprévisibles qu'il entrait dans la catégorie des troubles de la personnalité de type borderline. Il y a quelques mois, il était dévasté par ses peurs et débordé dans tous les « gestes coutumiers de la vie ». Depuis que ses angoisses étaient mieux contrôlées par le traitement médicamenteux prescrit, il prenait conscience de son état et devenait franchement dépressif avec toujours en arrière-plan des plaintes somatoformes multiples (jambes et dos). Il n'avait aucune capacité de travail depuis au moins 2007. En raison d'un licenciement intervenu rapidement, sa dernière activité professionnelle avait duré un mois. En d'autres termes, sa capacité de travail ne pouvait, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui et une éventuelle exploitation de celle-ci serait même insupportable pour la société.
26. Par duplique du 18 septembre 2018, l'intimé a relevé que le Dr U_____ n'était ni psychiatre ni juriste et renvoyé à un nouvel avis du Dr W_____ daté du 17 septembre 2018, dans lequel ce médecin SMR se disait toujours pas convaincu, ni par le « milieu violent et dévastateur subi par tous les toxicomanes », ni par le diagnostic d'état de stress post-traumatique. En définitive, le Dr U_____ n'apportait aucun élément psychiatrique nouveau permettant de retenir une modification de l'état psychique du recourant depuis la dernière décision d'octobre 2014. Par conséquent, on ne pouvait que s'en tenir aux conclusions précédentes de poly-toxicomanie primaire.
27. Le 24 septembre 2018, la chambre de céans a transmis une copie de ce courrier au recourant et l'a informé que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de rente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA ; art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté le 23 juin 2018 contre la décision litigieuse du 23 mai 2018, reçue au plus tôt le lendemain, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).
4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement s'il existe une modification sensible de l'état de santé du recourant et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision du 20 octobre 2014.
5. a. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont

les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG.

7. 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. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). 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 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).

b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPG et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si

une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

8. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, motif pris que le recourant avait rendu plausible une modification de son invalidité depuis la décision du 20 octobre 2014. Suite à cela, il a procédé à l'instruction de la nouvelle demande et considéré que l'état de santé du recourant, respectivement son incidence sur sa capacité de gain s'était aggravé postérieurement à la décision du 20 octobre 2014, soit à partir de janvier 2017 – du fait d'une thrombose profonde de la jambe droite – mais pas de manière durable, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2017. Aussi convient-il de vérifier si tel est le cas.
9. a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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.

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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

b. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors

de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

10. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

b. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, valable jusqu'à peu, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle jouait un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuisait à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui avait valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Dans un arrêt du 11 juillet 2019, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a expliqué que cette jurisprudence partait du principe que l'assuré, souffrant de dépendance, avait provoqué lui-même fautivement cet état et qu'il aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de la consommation de substances et s'en détourner ou à tout le moins entreprendre une thérapie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 4.2 et la référence). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances (« Substanzkonsumstörungen »), diagnostiqués en bonne et due forme, ne sauraient se voir dénier d'emblée toute pertinence sous l'angle de l'assurance-invalidité mais doivent être considérés comme d'autres atteintes à la santé psychique pouvant entraîner une invalidité (arrêt 9C_724/2018 précité, consid. 5.3.3 et 6). Dès lors qu'il n'existe pas, en matière de syndromes de dépendance –

comme pour la plupart des maladies (ATF 140 V 193 consid. 3.1) – de relation directe entre le diagnostic posé et l’incapacité de travail, respectivement l’invalidité, il est nécessaire de constater médicalement les conséquences de l’atteinte à la santé sur les possibilités de gain dans chaque cas particulier (art. 7 al. 2 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019, consid. 6.1 et la référence à l’ATF 143 V 409 consid. 4.2.1). Dans l’ATF 143 V 409, auquel se réfère l’arrêt du 11 juillet 2019 précité, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en cas de troubles psychiques comme suit : la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). Et, depuis le revirement jurisprudentiel opéré le 11 juillet 2019, cette même procédure structurée d'administration des preuves s'applique également aux syndromes de dépendance et troubles liés à la consommation de substances, sans qu'il y ait lieu de faire de distinction entre leur caractère primaire ou secondaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7 et 8.1).

c. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s’applique immédiatement et vaut pour tous les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l’adoption de la nouveauté ou du changement (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2). Sans préjudice de ce qui précède, un changement de jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ou de révision ; une nouvelle demande doit reposer sur une modification des circonstances. Aussi, le point de savoir si un état de fait inchangé, ayant déjà fait l’objet d’une décision entrée en force, pourrait faire l’objet d’une appréciation différente à l’aune de la nouvelle jurisprudence n’est pas pertinent (ATF 141 V 585 consid. 5.3).

11. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, la toxicomanie du recourant n'a pas fait l'objet d'une instruction médicale de la part de l'intimé – ni lors de la première demande de prestations du 27 novembre 2013, ni à la suite de la nouvelle demande formée le 20 décembre 2016. Le dossier n'en comporte pas moins divers avis médicaux, en partie récents, examinant la situation du recourant également sous l'angle de sa dépendance à diverses substances. Aussi convient-il d'en examiner la substance.

À l'époque de la décision de refus de prestations du 20 octobre 2014, l'intimé avait refusé de reconnaître le recourant invalide au motif que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de vendeur – pour laquelle il bénéficiait d'un CFC de gestionnaire de vente –, moyennant le respect de certaines limitations. Cette décision se basait sur l'avis du 29 août 2014, du SMR, aux termes duquel le recourant présentait une toxicomanie – non pertinente car primaire – depuis l'âge de 13 ans, ainsi que des lombalgies chroniques et des limitations fonctionnelles persistantes du rachis qui ne le privaient pas d'une capacité de travail entière dans toute activité légère, sans montées d'échelles, port de charges supérieures à 5 kg, positions debout ou assise, en porte-à-faux, accroupie ou à genoux prolongées.

Suite à l'examen du rapport du 19 mai 2017 du Dr Q_____, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 20 décembre 2016, le SMR ayant considéré que les atteintes annoncées par ce médecin (thrombose veineuse profonde de la jambe droite en juillet 2016 et janvier 2017, rétrécissement foraminaux des deux côtés en contact avec la racine L3, en progression par rapport au status post-opératoire en 2010) rendaient l'aggravation plausible. Mais après avoir examiné un nouveau rapport du Dr Q_____, reçu le 16 octobre 2017, indiquant que l'incapacité de travail (50 %) était due à la toxicomanie de longue date, au trouble anxieux et à la dépendance aux benzodiazépines, à l'exclusion des diagnostics de hernie discale traitée en L4-L5 et de thrombose du membre inférieur droit, sans effets sur la capacité de travail, le SMR, par avis du 17 mai 2018, s'est rallié partiellement à cette appréciation en estimant que le status post-dissectomie L4-L5 était sans effet sur la capacité de travail et la thrombose veineuse sans effet durable sur cette dernière, de sorte que sa capacité de travail était entière dans « une activité assise avec possibilité de changer la position selon ses besoins », et ce au plus tard deux mois après la survenance de la thrombose.

Au stade du recours, le Dr U_____ ne remet pas en question la décision litigieuse en tant que celle-ci conclut – sur la base des seuls éléments somatiques du cas – à une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2014. Il soutient en revanche que l'incapacité de travail du recourant serait entière dans toute activité depuis 2007 au moins, du fait d'une toxicomanie secondaire à un état de stress post-traumatique.

À la lumière de ces éléments, il sied de constater qu'en comparant la situation au moment de la décision 20 octobre 2014 avec celle prévalant au moment de la décision du 23 mai 2018, l'état de santé du recourant a certes connu quelques changements sur le plan somatique – documentés par l'IRM lombaire du 8 mai 2017 et deux épisodes de thrombose veineuse à la jambe droite en juillet 2016, respectivement janvier 2017. Le Dr Q_____ est cependant d'avis que les diagnostics de hernie discale traitée en L4-L5 et de thrombose du membre inférieur droit demeurent sans effet sur la capacité de travail. Selon le SMR, il en découle

que les changements évoqués ne modifient pas la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée.

En procédant à la même comparaison temporelle sur le plan psychique, plus particulièrement de la toxicomanie, on constate qu'il ne ressort pas des rapports des médecins traitants que l'état de santé du recourant se serait aggravé entre la décision du 20 octobre 2014 et celle du 23 mai 2018. En effet, le Dr Q_____ évoque une toxicomanie et une dépendance aux benzodiazépines qui sont toutes deux « de longue date », ainsi qu'un trouble anxieux – déjà mentionné par le Dr C_____ en décembre 2013. Par conséquent, en tant que le Dr Q_____ conclut à une incapacité de travail de 50 % en lien avec ces diagnostics, il procède à une appréciation différente d'un même état de fait ayant fait l'objet d'un arrêt entré en force (ATAS/792/2015 du 19 octobre 2015). La même remarque vaut également pour le Dr U_____, en tant que celui-ci évoque une incapacité de travail complète « depuis au moins 2007 ». Cependant, si l'on concluait sur la base de ces éléments, certes peu circonstanciés, qu'il n'y a pas matière à révision, cela reviendrait à prolonger, au-delà du revirement jurisprudentiel du 11 juillet 2019 (cf. ci-dessus : consid. 10b), une situation dans laquelle une toxicomanie qualifiée de « primaire » n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité et ne requiert par conséquent pas d'instruction.

S'il est vrai qu'un changement de jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ou de révision, une nouvelle demande devant reposer sur une modification des circonstances (ATF 141 V 585 consid. 5.3 précité), il n'en reste pas moins que lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande – ce qui est le cas en l'espèce –, elle doit examiner l'affaire quant au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Dans ce cas, elle ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, dès lors qu'elle se saisit du fond du dossier, elle doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 précité, consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, p. 507, n. 31 ad art. 31 LAI).

En l'espèce, les Drs Q_____ et U_____ ne sont certes pas psychiatres. Il n'empêche : il est constant que la poly-toxicomanie du recourant persistait au moment où la décision litigieuse a été rendue. De plus, le dossier comporte bon nombre de rapports psychiatriques posant des diagnostics précis en lien avec les addictions du recourant (cf. les rapports joints à l'envoi du Dr C_____ du 20 décembre 2013). En l'état du dossier, la chambre de céans ne peut cependant déterminer les répercussions de ces addictions – conjuguées à d'autres troubles psychiques évoqués par les médecins du recourant – sur la capacité de travail

exigible de la part de ce dernier. Ces questions n'ayant pas du tout été instruites à ce jour, il incombera à l'intimé, à l'aune de la jurisprudence inaugurée par l'arrêt 9C_724/2018 précité – applicable au cas d'espèce (cf. ci-dessus : consid. 10c) – d'ordonner une expertise psychiatrique comportant une grille d'analyse telle que décrite à l'ATF 141 V 281 et, cela fait, de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations du recourant.

14. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 23 mai 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.
15. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

Représenté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 23 mai 2018 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.
4. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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