

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2729/2014

ATAS/683/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 septembre 2015**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, représenté par Service  
protection de l'adulte SPAd

recourant

contre

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

intimé

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

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1966 et d'origine portugaise, a travaillé, depuis son arrivée en Suisse, comme cariste, chauffeur-livreur, aide de cuisine, aide-garagiste et, en dernier lieu, comme préparateur de voitures en 2002. À partir de mai 2003, il était inscrit à l'assurance-chômage.
2. Lors d'un accident en date du 27 septembre 2002, il subit une entorse du pied droit engendrant une incapacité de travail. Le 27 octobre 2003, il se tord de nouveau la cheville droite et tombe dans les escaliers. Le diagnostic de distorsion récidivante de la cheville droite est alors posé. Le 5 août 2005, il tombe à plusieurs reprises, en raison du lâchement de la cheville. Il n'a plus repris le travail depuis son premier accident.
3. Le 13 juin 2003, le Tribunal tutélaire prononce la curatelle volontaire de l'intéressé.
4. Le 16 janvier 2006, le docteur B\_\_\_\_\_ annonce le dernier accident à la Caisse Nationale Suisse en cas d'accidents (SUVA) comme étant une rechute de ceux de 2002 et de 2003. Il diagnostique un lâchement de la cheville droite, des lésions ligamentaires à opérer, une dépression à cause de l'accident et de la peur de l'opération.
5. En juin 2007, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 2 juillet 2007, l'assuré subit une intervention chirurgicale consistant dans l'ablation de l'os trigone à droite.
7. Selon le rapport du 6 août 2007 du docteur C\_\_\_\_\_, l'assuré présente une incapacité de travail de 100 % depuis 2002 pour une durée indéterminée. Ce médecin diagnostique un status après polytraumatisme du pied droit. L'état s'aggrave. Aucune activité professionnelle n'est exigible de la part de l'assuré en raison de ce polytraumatisme et d'une toxicomanie.
8. Selon le rapport du 12 septembre 2007 du docteur D\_\_\_\_\_, l'assuré présente un status post-accident de la cheville droite avec douleurs persistantes et une boiterie, une dépendance aux benzodiazépines depuis 1994 et un syndrome anxio-dépressif réactionnel. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une ex-toxicomanie à l'héroïne, puis à la méthadone. Sa capacité de travail est nulle depuis le 28 mars 2006 jusqu'à présent et son état de santé s'aggrave. Il a fait plusieurs petits travaux et son dernier emploi était dans une carrosserie où il a été licencié à cause de la cheville. L'exercice d'une autre activité lucrative est exigible à 50 %, sans port de lourdes charges, position debout prolongée et marche.
9. Selon le rapport du 12 décembre 2007 du docteur E\_\_\_\_\_, généraliste à la Fondation Phenix, l'assuré présente, indépendamment des atteintes à la cheville droite, une dépendance aux opiacés substituée depuis 1981 et une dépendance à la cocaïne depuis 2001. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hépatite C chronique. La capacité de travail est nulle

depuis mai 2003 à maintenant. L'état est stationnaire. Il est connu pour une dépendance aux opiacés et à la cocaïne depuis plusieurs années. L'assuré décrit une inactivité complète avec consommation régulière de cocaïne et d'héroïne.

10. Le 18 février 2008, l'assuré est soumis à un examen clinique orthopédique au service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après SMR). Dans son rapport du 22 février 2008, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie au SMR, émet les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs chroniques de la cheville droite et d'ostéochondrite disséquante du dôme astragalien. Les diagnostics d'obésité, d'hépatite C et de polytoxicomanie (héroïne, cocaïne, méthadone, tabac) sont sans répercussion sur la capacité de travail. En raison des limitations fonctionnelles, l'assuré ne peut exercer qu'une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges supérieures à 15 kg et se déplacer à plat seulement sur de courtes distances. Il doit éviter de monter et descendre les escaliers à répétition et de marcher sur un terrain irrégulier. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est totale, mais l'exercice de l'activité précédemment exercée d'aide garagiste est proscrite. Il ressort de l'anamnèse que, depuis l'arrivée de l'assuré en Suisse en 1985, il consomme des drogues dures, d'abord en fumant de l'héroïne, puis en injectant l'héroïne par voie intraveineuse, depuis le début des années 1990. Il a également ajouté de la cocaïne. À partir de 1998, il est suivi par la Fondation Phenix qui lui a prescrit de la méthadone. Actuellement, il consomme de l'héroïne par voie respiratoire deux à trois fois par semaine et de la cocaïne au même rythme, tout en utilisant aussi de la méthadone. Depuis janvier 2003, il vit aux frais de l'Hospice général. Il habite seul dans un studio. Concernant sa vie quotidienne, il se lève vers midi, sort uniquement pour faire des achats alimentaires et reste chez lui le reste du temps à regarder la télévision. Il a très peu de vie sociale, fait seul son ménage et prépare lui-même ses repas. Il se couche vers minuit.
11. Par décision du 2 mai 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) refuse à l'assuré les prestations.
12. Du 6 octobre 2008 au 5 janvier 2009, l'assuré bénéficie d'une mesure d'orientation professionnelle en vue d'un placement en entreprise. Selon la conclusion du rapport du 26 janvier 2009 des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI), les activités doivent être effectuées en position principalement assise, sans longs déplacements ni port de charges lourdes. L'assuré est motivé, mais aurait besoin d'être accompagné dans ses démarches de recherche d'emploi. Il ressort notamment de ce rapport que l'assuré travaille de manière optimale en position assise. Il s'intéresse au domaine industriel, notamment au polissage et à l'horlogerie. Il est minutieux et travaille avec sérieux. Durant l'observation professionnelle, il a effectué un stage à l'atelier de réentraînement des EPI, un stage comme ouvrier à l'établi chez G\_\_\_\_\_ SA et comme ouvrier de conditionnement chez H\_\_\_\_\_ SA. Son engagement a été jugé très bon avec un bon rendement. Le responsable de G\_\_\_\_\_ SA a indiqué qu'il était un travailleur consciencieux, qu'il ne se plaignait

---

jamais et qu'il était très habile manuellement. Quant à l'assuré, il a été très content de son stage, a eu beaucoup d'intérêt à travailler sur les différentes machines et aimait apprendre de nouvelles choses. H\_\_\_\_\_ SA a également constaté que l'assuré était assidu et cherchait du travail par lui-même. Il était très attentionné et on pouvait avoir confiance en lui. Selon cette entreprise, le stage a été dans l'ensemble très positif. Ainsi, les aptitudes de l'assuré étaient compatibles avec un emploi d'ouvrier aux EPI et dans les deux entreprises précitées.

13. Dans son courrier du 26 mai 2010 au Dr D\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_ fait état de ce que le patient se plaint, depuis un stage dans une lingerie en février, d'une récurrence de douleurs persistant à la cheville en dépit d'un traitement conservateur par cannes et anti-inflammatoires. À l'examen clinique, ce médecin constate une cheville tuméfiée avec une mobilité réduite. Le Dr C\_\_\_\_\_ propose au patient de poursuivre son traitement conservateur avec cannes en décharge partielle, ainsi que de mobiliser sa cheville le plus possible. Il juge une reconversion professionnelle très difficile compte tenu des antécédents.
14. Le 13 septembre 2010, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité en vue de l'octroi d'une rente.
15. Le 23 novembre 2010, le Dr D\_\_\_\_\_, généraliste, fait savoir à l'OAI que l'assuré présente une aggravation de son état au niveau de sa cheville droite, avec une tuméfaction, ainsi qu'une mobilisation douloureuse et restreinte depuis juin 2010. Le patient utilise constamment des béquilles.
16. Par décision du 26 mai 2011, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, niant une aggravation de son état.
17. Sur recours, la chambre de céans annule cette décision par arrêt du 11 mai 2011 et renvoie la cause à l'intimé pour examiner la demande de révision et rendre une nouvelle décision.
18. Dans le rapport relatif à l'examen médical final du 24 mai 2011 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, une ancienne toxicomanie traitée par substitution à la méthadone est relevée à titre de comorbidité indépendante. L'assuré se déplace toujours avec deux cannes anglaises en décharge partielle. Le tableau douloureux présenté par l'assuré reste inexplicable. Partant, le Dr I\_\_\_\_\_ retient des facteurs non organiques dans l'évolution défavorable du cas. Le comportement douloureux peut être recherché dans les antécédents de toxicomanie à l'héroïne. En se fondant sur les seules séquelles objectives des accidents, l'assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, permettant les changements de positions, ou dans une activité partiellement sédentaire n'exigeant pas de déplacement en terrain irrégulier, ni de déplacement prolongé. L'assuré doit aussi être encouragé à renoncer aux deux cannes anglaises, dans la mesure où les atteintes constatées à l'IRM ne justifient pas la poursuite d'une marche en décharge complète. Le Dr I\_\_\_\_\_ évalue par ailleurs l'atteinte à l'intégrité à 7,5 %.

19. Par décision du 10 juin 2011, la SUVA reconnaît à l'assuré une capacité de travail entière à partir du 12 septembre 2011 en tant qu'ouvrier de conditionnement ou ouvrier à l'établi et met fin à ses prestations. Dans une seconde décision de la même date, elle lui octroie une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %.
20. Selon le rapport du 12 septembre 2011 du Dr D\_\_\_\_\_, l'assuré présente les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'un état psychique labile et d'une toxicomanie, ainsi que d'un status post entorse cheville droite avec douleurs chroniques. Il est totalement incapable de travailler et on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
21. Dans leur rapport du 15 septembre 2011, le Dr E\_\_\_\_\_, généraliste FMH, et Madame J\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP, posent les diagnostics de troubles de l'adaptation depuis 2003, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement en traitement de substitution à la méthadone depuis 1981, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance depuis 2001, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance depuis 2001. Dans l'anamnèse, il est relevé notamment un père violent et l'incapacité de l'assuré à gérer sa situation financière et administrative, raison de sa mise sous tutelle volontaire depuis 2003. L'assuré initie une consommation d'héroïne à l'âge de quinze ans et découvre la cocaïne et les benzodiazépines à trente-cinq ans. Son parcours est caractérisé par une alternance entre de brèves périodes d'abstinence (quelques semaines) et d'autres où il lutte pour tenter de parvenir à l'abstinence. Un stage de réinsertion mis en place en 2009 met en évidence des difficultés de comportement avec réactions inadaptées. Entre 2010 et 2011, un projet de réinsertion sociale lié à une activité occupationnelle est en cours, mais n'a pas pu être mis en place malgré la mobilisation du réseau thérapeutique, en raison de la diminution des capacités cognitives et d'autonomie de l'assuré. Depuis quelques mois, une recrudescence de l'état de tension intérieure et de l'anxiété est observée, dans le contexte d'incertitude liée à la situation financière et d'impuissance en lien avec la non-évolution de l'état de sa cheville. Les consommations (héroïne, cocaïne) se sont quelque peu accentuées, toutefois sans être une problématique majeure. Les soignants de la Fondation Phenix notent également chez l'assuré sa passivité, l'absence de capacité d'autonomisation et de mobilisation, ses difficultés de compréhension de la situation sociale et financière, la pauvreté des activités au quotidien, sa tendance à s'isoler de plus en plus importante et une demande grandissante à être accompagné (par exemple pour faire un téléphone). À cela s'ajoute des troubles du sommeil importants. Les objectifs actuels visent le maintien des acquis et l'amélioration de la qualité de vie (sortir de l'isolement par exemple), notamment à travers un objectif de réinsertion sociale. L'incapacité de travail est totale.
22. Les 14 et 15 mai 2013, l'assuré fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR). Dans leur rapport d'expertise du

---

1<sup>er</sup> juillet 2013, les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, posent les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de douleurs de la cheville et du médiopied sur probable séquelles d'entorse de la cheville, et probables séquelles d'entorse du pied droit. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail : syndrome de dépendance à l'héroïne, en régime de substitution à la méthadone, syndrome de dépendance en benzodiazépines, syndrome de dépendance lié à l'utilisation de dérivés de THC, hépatite C et syndrome fémoro-patellaire prédominant à droite. Pour des raisons psychiatriques, la capacité de travail est réduite de 50 % dans une activité adaptée depuis le début de l'année 2010. En effet, l'aggravation des douleurs perçues par le patient à cette période, les craintes induites peuvent être considérées comme l'élément déclencheur de la baisse objective de sa thymie et le passage d'un état dépressif léger à un état dépressif moyen. Il n'y a pas d'aggravation sur le plan somatique, dès lors que les constatations objectives sont d'une gravité modérée. En revanche, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est réduite de 50 % en raison de l'état dépressif moyen depuis mars 2010, soit la reprise des investigations concernant la cheville. Le trouble dépressif est caractérisé par une anhédonie marquée, de l'anxiété liée à la peur de tomber et de se blesser la cheville, une thymie décrite « à zéro » et une absence de projet. La thymie fortement abaissée est également corroborée par l'examen clinique. Cet état dépressif est considéré comme résistant en ce sens qu'il persiste jusqu'à présent en dépit d'un traitement antidépresseur. Le pronostic est réservé, une amélioration à terme paraissant peu probable.

23. À la demande de l'OAI, le Dr M\_\_\_\_\_ complète le 9 octobre 2013 son expertise. Il relève que les limitations fonctionnelles consistent en difficultés mnésiques, une faible concentration, une anxiété et un ralentissement psychique. Seule une activité simple, ne demandant pas de connaissance élaborée et trop de concentration, ainsi que permettant un rythme lent dans un cadre stable constitue une activité adaptée. Il est très difficile de faire la part des choses entre un trouble psychique et le trouble addictif. Il y a peu d'éléments en faveur d'un trouble psychique jusqu'à l'épisode dépressif survenu en 2010. Ce trouble est surtout à mettre en lien avec le problème de la cheville, l'arrêt de travail et le retrait social. La dépendance n'a toutefois pas entraîné de lésion cérébrale neurologique organique. Il est par ailleurs possible que la consommation de benzodiazépines, de cannabis et de méthadone puisse jouer un certain rôle dans les limitations fonctionnelles sur le plan psychique. Ces consommations peuvent également avoir joué un rôle dans le déclenchement, voire l'entretien du tableau dépressif constaté. Une diminution de la consommation des substances nocives pourrait notamment améliorer le tableau dépressif. Cependant, il paraît difficile d'exiger un sevrage dans un futur proche, compte tenu du fait que l'assuré a commencé la consommation d'héroïne à l'âge de dix-huit ans et bénéficie d'une substitution par méthadone depuis l'âge de trente-huit ans. Un sevrage

---

n'aurait enfin qu'un impact mineur sur le tableau dépressif et donc sur la capacité de travail, au vu des dépendances et accoutumances présentes depuis de nombreuses années.

24. En date du 6 janvier 2014, l'assuré est auditionné par les doctresses N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Elles constatent que l'assuré paraît encombré par ses béquilles et visiblement malhabile dans le maniement de celles-ci, alors même qu'il affirme en faire usage depuis plusieurs années. Ce manque de dextérité induit un doute quant à une utilisation régulière de ce moyen auxiliaire. Il est resté assis sans difficulté pendant l'entretien d'une durée de quarante minutes et a souri à plusieurs reprises. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de thymie abaissée. Il partage le focus d'attention, même si l'évocation des dates est imprécise. Quant à sa vie quotidienne, il se réveille vers 8-9h, mais reste allongé et prend dès le matin un comprimé de Dormicum 15mg. Il ne fait pas grand-chose durant ses journées, restant couché une grande partie du temps et regardant essentiellement la télévision. Occasionnellement, il voit ses frères et parfois des connaissances, auxquelles il vend une partie de sa dose de méthadone. Il utilise 70mg par jour de méthadone sur les 130mg prescrit par la Fondation Phenix. Deux fois par semaine, il consomme de la cocaïne, occasionnellement du cannabis et de l'alcool. Quant aux médicaments prescrits, il prend régulièrement le Dormicum, mais non pas le Deroxat, qui est pris en réserve, ainsi que les antidouleurs et les anti-inflammatoires. Les médecins du SMR ont un doute quant à l'observance concernant l'antidépresseur (Cymbalta). Au sujet du psychisme, l'assuré dit « péter facilement les plombs », raison pour laquelle il consomme du Dormicum. Il ne voit pas d'avenir à sa situation, étant condamné à se déplacer à vie avec des béquilles. Lorsqu'il n'a pas le moral il se fait des « fixes » de méthadone. En ce qui concerne les limitations, il met essentiellement en avant le problème de sa cheville, tout en admettant qu'il pourrait travailler en position assise, pour autant qu'il puisse changer régulièrement de position, soit une fois par heure. Il évoque également une tolérance diminuée à la contrariété et un manque de moral.
25. Dans son avis médical du 14 janvier 2014, la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR estime que le Dr M\_\_\_\_\_ n'a pas clairement détaillé les limitations fonctionnelles et lui reproche également de ne pas avoir effectué de dosage de toxiques ni de monitoring thérapeutique permettant de vérifier la compliance. Les symptômes relevés par la Dr M\_\_\_\_\_ appartiennent essentiellement au registre subjectif et sont peu spécifiques de la dépression. Ils peuvent s'apparenter à un tableau induit par une consommation de toxiques, à savoir fatigabilité, absence d'envie, décalage du rythme nyctéméral, déstructuration de l'alimentation et de la façon de vivre en général, retrait social et comportement passif, nécessitant une aide extérieure (femme de ménage et curatrice). Il ressort en outre de l'entretien médico-juridique de janvier 2013 que l'assuré présente toujours des comportements toxicomaniaques, que son médecin lui a prescrit une benzodiazépine indiquée pour des troubles de

l'endormissement dont le premier comprimé est pris dès le matin au réveil, que l'observance du traitement antidépresseur n'est pas claire, que l'assuré affirme utiliser les cannes depuis plusieurs années, mais est très maladroit et visiblement peu habitué à leur usage, et qu'il n'y a pas d'élément objectif en faveur d'un tableau dépressif d'intensité moyenne. À cet égard, le médecin du SMR relève que la thymie lors de l'entretien était neutre, qu'il n'y avait pas de ralentissement, que l'assuré n'était pas particulièrement anxieux, ni ne tremblait ni ne transpirait. Il n'y avait pas non plus de troubles cognitifs évidents hormis une difficulté à évoquer des dates précises. Les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise de la CRR n'emportent ainsi pas la conviction du SMR, les limitations s'inscrivant dans le cadre d'une consommation de toxiques active, ainsi que d'une toxicomanie primaire, la preuve d'une comorbidité psychiatrique n'étant pas faite. Seule une abstinence complète prolongée permettrait d'évaluer une atteinte psychiatrique. Partant, la Dresse O\_\_\_\_\_ nie une aggravation durable et admet une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles orthopédiques.

26. Le 14 mars 2014, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser les prestations d'invalidité.
27. Le 2 mai 2014, l'assuré, représenté par sa curatrice, s'oppose au projet de décision, en s'étonnant que l'OAI ne semble pas avoir pris en considération les aspects d'ordre psychiatrique. Il se prévaut d'une incapacité de travail de 50 %, en se prévalant d'un état dépressif moyen à sévère, ce qui est également constaté par la doctoresse P\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et Madame J\_\_\_\_\_, psychologue FSP, de la Fondation Phenix.
28. L'assuré joint à ses écritures le certificat médical du 30 avril 2014 de la Dresse P\_\_\_\_\_ et de Mme J\_\_\_\_\_, lesquelles attestent un état dépressif moyen à sévère. L'état est stationnaire depuis 2010 malgré un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intensif. L'assuré présente également des traits de personnalité de type borderline qui interfèrent avec un trouble dépressif et entravent les possibilités thérapeutiques. Les douleurs persistantes au niveau de la cheville ont un impact non négligeable sur son humeur. Sur le plan social et en lien avec les difficultés psychologiques, l'assuré n'est pas à même d'assurer ses affaires administratives. Par ailleurs, il partage les conclusions de l'expertise psychiatrique quant à l'évaluation clinique.
29. Dans son avis médical du 7 juillet 2014, la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR confirme son précédent avis.
30. Par décision du 9 juillet 2014, l'OAI confirme son projet de décision.
31. Par acte du 12 septembre 2014, l'assuré recourt contre cette décision, représenté par sa curatrice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il fait valoir qu'il est clairement démontré que sa dépression n'est pas induite par la toxicomanie, dans la mesure où sa capacité de travail n'était pas

---

entravée jusqu'en 2010, malgré ses comportements addictifs. Il n'est par ailleurs pas envisageable d'exiger qu'il soit abstinent, étant consommateur de toxiques depuis l'âge de dix-huit ans et au vu de l'évolution chronique de son état dépressif, lequel entretient le trouble addictif.

32. À l'appui de ses dires, il joint copie de la lettre du 10 septembre 2014 de la Dresse P\_\_\_\_\_ et de Mme J\_\_\_\_\_ de la Fondation Phenix à l'intimé. Elles relèvent que le recourant est suivi à la Fondation Phenix depuis février 2005. Sur le plan clinique, il présente un cortège de symptômes répondant aux critères d'un épisode dépressif majeur, tel qu'une baisse de l'humeur chronique associée à une perte de l'intérêt et une baisse de l'élan vital. Ses affects sont restreints. Il présente aussi un ralentissement psychomoteur et son discours est de tonalité négative. Sa pensée est centrée sur les douleurs persistantes et les limitations liées au problème de cheville. À cet égard, il ressent une injustice en raison de la non reconnaissance de sa souffrance physique. Il n'arrive pas non plus à se projeter dans l'avenir. À cela s'ajoute qu'il se plaint d'une tension interne, d'une irritabilité et d'une intolérance à la frustration. À plusieurs reprises, il présente des idées suicidaires actives. Quant au syndrome de dépendance depuis l'âge de dix-huit ans, il n'avait pas entravé sa capacité de travail jusqu'à son accident, ni son investissement relationnel et social. L'épisode dépressif s'est installé dans un contexte de perte de l'espoir de réintégrer la vie active et sur un terrain favorisant (violence parentale, viol, séparation précoce, niveau d'instruction faible, migration, réseau social et familial pauvre). Ces éléments n'ont aucun lien direct avec la toxicomanie. Il est par ailleurs difficile d'exiger une abstinence prolongée, au vu de l'évolution chronique de l'état dépressif qui lui-même entretient le trouble addictif. Il est également difficile d'évaluer l'effet d'une abstinence prolongée sur le trouble dépressif, dès lors que les troubles psychiques sont multifactoriels. Ainsi, une abstinence prolongée n'aurait pas un impact majeur sur la réversibilité du trouble.
33. Dans son avis médical du 26 septembre 2014, la Dresse O\_\_\_\_\_ relève que les Drs M\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ne se basent sur aucun document médical avéré ou fait objectif pour retenir un trouble dépressif. Elle persiste à considérer que les symptômes décrits dans l'expertise de la CRR et par la Dresse P\_\_\_\_\_ relèvent essentiellement du registre subjectif et ne sont pas spécifiques à la dépression. Implicitement, ce dernier médecin retenait par ailleurs que la toxicomanie et la dépression étaient interdépendantes et s'influençaient négativement mutuellement. Selon le médecin du SMR, l'assuré présente des difficultés professionnelles croissantes liées au problème de polytoxicomanie. La désinsertion professionnelle précède de plusieurs années l'apparition du trouble dépressif. Pour le surplus, la Dresse O\_\_\_\_\_ reprend son avis précédent.
34. Dans sa réponse du 9 octobre 2014, l'intimé conclut au rejet du recours en se fondant sur les avis médicaux du SMR et l'audition du recourant par ledit service.
35. Dans son écriture du 1<sup>er</sup> décembre 2014, le recourant persiste dans ses conclusions, en se fondant sur l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ et le certificat médical de la Dresse

P\_\_\_\_\_ et de Mme J\_\_\_\_\_. Quant à son audition par les médecins du SMR, le recourant allègue que celles-ci ne lui ont posé aucune question concernant son état psychique, alors que, dans son fonctionnement, il présente une capacité d'introspection limitée, une somatisation et un déni de la maladie psychique. La désinsertion professionnelle fait enfin suite à l'accident survenu en 2003 et l'épisode dépressif majeur n'est présent que depuis 2010.

36. Par ordonnance du 5 février 2015, la chambre de céans ordonne une expertise psychiatrique et la confie au docteur Q\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.
37. Dans son rapport du 10 juin 2015, l'expert judiciaire pose les diagnostics de dépendance aux opiacés, tranquillisants et au tabac, ainsi que d'utilisation nocive de cocaïne, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'un autre trouble anxieux mixte, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles mixtes de la personnalité. L'élément principalement incapacitant est le trouble dépressif. Les autres pathologies renforcent les limitations fonctionnelles liées à ce trouble. L'état de santé du recourant s'est aggravé depuis mars 2010 vraisemblablement. Quant à la toxicomanie, son éclosion a sans aucun doute été favorisée par la fragilité pathologique de la personnalité et l'anxiété sociale. Quant aux interactions entre la toxicomanie et les autres troubles psychologiques, la toxicomanie a renforcé l'isolement social et la mauvaise estime de soi du recourant. Toutefois la dépression n'est devenue significative que tardivement, soit vingt ans après le début de la toxicomanie, ce qui rend l'intrication du trouble dépressif avec la dépendance moins évidente. Il serait par ailleurs irréaliste de demander au recourant d'arrêter la consommation de substances toxiques. Outre le fait que cela ne dépend que très marginalement de sa volonté, l'effet qu'on pourrait attendre de l'abstinence sur les autres pathologies psychiques ne paraît pas prévisible, et il est au contraire probable que les pathologies qui ont favorisé la toxicomanie s'aggravaient, puisque n'étant plus « compensées » par la prise de substances. Certes, il n'est pas exclu, en cas d'abstinence, que la dépression s'améliore temporairement par la récupération d'une certaine estime de soi, mais l'expert juge plus probable un risque d'une décompensation anxieuse voire psychotique, ce qui pourrait secondairement conduire à une rechute dépressive. La compliance au traitement psychothérapeutique est bonne. Quant au dosage de l'antidépresseur, les analyses ont montré un taux infra-thérapeutique, mais cela n'est éventuellement pas dû à un manque de compliance. L'expert judiciaire relève à cet égard que le dosage contrôlé en septembre 2014 montrait un taux situé dans la zone thérapeutique, sans que le recourant n'aille mieux pour autant. Sans tenir compte du trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail du recourant est de 50 % depuis mars 2010. Ses ressources sont par ailleurs diminuées par la présence des pathologies associées, qui réduisaient le seuil de perception douloureuse et la capacité de gérer le stress. Le cumul des diverses pathologies doit être considéré comme une comorbidité relativement grave.

38. Dans son avis médical du 22 juin 2015, la Dresse O\_\_\_\_\_ reproche à l'expert d'avoir omis de discuter le rôle de la toxicomanie dans le déclenchement, respectivement l'entretien des troubles psychiatriques constatés et de leur réversibilité potentielle en cas d'arrêt des consommations. Il semble aussi avoir minimisé les perturbations psychiques comportementales associées aux substances toxiques. Il n'a pas non plus évoqué l'influence des toxiques sur certains symptômes, tels que le ralentissement, les troubles cognitifs et le trouble amotivationnel. Le médecin du SMR admet qu'après tant d'années d'évolution et d'échecs de diverses prises en charge il paraît illusoire d'exiger du recourant de s'abstenir de toute consommation de substances toxiques. Néanmoins, elle estime qu'il y a lieu de tenir compte des effets potentiellement réversibles des toxiques, avant de déterminer s'il existe une atteinte à la santé invalidante. Quant au trouble dépressif moyen diagnostiqué, elle rappelle qu'une symptomatologie est mentionnée la première fois en 2011 dans le rapport médical du Dr E\_\_\_\_\_, co-signé par Mme J\_\_\_\_\_, psychologue. Cependant, ces derniers ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation et non pas de trouble dépressif. Un tel diagnostic n'a été posé que par la CRR et son début a été estimé rétrospectivement et de façon complètement subjective à 2010, sur la base de données anamnestiques transmises par le recourant. Quant au trouble de la personnalité, ce diagnostic est posé pour la première fois par le Dr Q\_\_\_\_\_. Au demeurant, la Dresse P\_\_\_\_\_ a souligné que le comportement addictif n'a pas entravé la capacité de travail dans le passé ni l'investissement social et relationnel, ce qui parle contre la présence d'un trouble de la personnalité constitué ou du moins incapacitant. Par ailleurs, le médecin du SMR admet le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, tout en considérant que le trouble dépressif fait vraisemblablement partie intégrante du trouble somatoforme. Il convient néanmoins de tenir compte de ce que le Dr Q\_\_\_\_\_ estime que le port des béquilles est contre-productif et que le recourant devrait être en mesure de faire les efforts nécessaires pour pouvoir s'en passer progressivement et récupérer une meilleure capacité de déplacement. L'effet des douleurs et l'inhibition sociale restent surmontables, en l'absence d'une comorbidité incapacitante évoluant en dehors de la consommation de toxiques et/ou du trouble somatoforme douloureux. Au final, elle propose de poser à l'expert des questions complémentaires au sujet de la décompensation du trouble de la personnalité et de la part attribuable et rapidement réversible des effets directs des substances sur l'inhibition, le ralentissement et le manque de motivation. Il appartient également à l'expert judiciaire de se prononcer sur la question de savoir si la dépression est réactionnelle au trouble somatoforme douloureux et sur la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail, compte tenu de la nouvelle jurisprudence en la matière.
39. Dans ses écritures du 2 juillet 2015, l'intimé reprend l'avis médical précité pour conclure à un complément d'expertise.

40. Par écritures du 6 juillet 2015, le recourant conclut à l'octroi d'une rente invalidité fondée sur un taux de 60 % en se fondant sur l'expertise judiciaire.

41. Sur ce, la cause a été 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du mai 2008 de l'intimé, par laquelle celui-ci lui a refusé tout droit aux prestations.

4. 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). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

5. 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 ou mentale 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<sup>er</sup> 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. 28a al. 1 LAI).

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).

7. À 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). 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).
8. Les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique malade et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1).

L'atteinte à la santé doit faire l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée (arrêt du Tribunal fédéral op.cit. consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

9. Dans son arrêt 9C\_942/2014, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

10. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soin, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss )" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

11. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

12. 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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'écarte 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).

13. 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il 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 322 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

14. a. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique judiciaire. Selon l'expert, il souffre d'une dépendance aux opiacés, aux tranquillisants et au tabac, ainsi que d'une utilisation nocive de cocaïne, d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'un autre trouble anxieux

mixte, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles mixtes de la personnalité. L'incapacité de travail est essentiellement provoquée par le trouble dépressif, lequel est toutefois renforcé par les autres pathologies. Ce trouble s'est installé depuis mars 2010, en suivant l'expertise de la CRR. Quant à la toxicomanie, son éclosion a été favorisée par la fragilité pathologique de la personnalité et l'anxiété sociale. Il n'est pas exigible que le recourant renonce à la consommation de drogues. Un arrêt de ces substances pourrait certes améliorer temporairement l'estime de soi, mais entraînerait le risque d'une décompensation anxieuse voire psychotique, ce qui pourrait conduire secondairement à une rechute dépressive. Le trouble dépressif n'est devenu significatif que tardivement, soit après vingt ans de toxicomanie, de sorte que son intrication avec celle-ci est moins évidente. Les ressources du recourant pour surmonter le trouble somatoforme douloureux sont limitées par la présence des pathologies associées (dépression et anxiété) et l'incapacité de gérer le stress (trouble de la personnalité). Le cumul des diverses pathologies constatées peut être considéré comme une comorbidité relativement sévère. À cela s'ajoute que l'insertion sociale est médiocre et que les douleurs sans substrat organique existent depuis plus de dix ans sans grand changement, en dépit des traitements appliqués *lege artis*. L'état psychique est relativement cristallisé depuis plusieurs années. Néanmoins, l'expertisé devrait être en mesure de faire les efforts nécessaires pour pouvoir se passer progressivement de béquilles et récupérer une meilleure capacité de déplacement. En tenant compte du trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail n'est que de 40 %.

Cette expertise a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, repose sur un examen approfondi, prend en compte les plaintes du recourant et contient des conclusions motivées. Cela étant, elle remplit en principe les critères pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

b. Le SMR reproche à l'expert judiciaire de ne pas avoir tenu compte du rôle de la toxicomanie dans le déclenchement et l'entretien des troubles psychiatriques constatés, ainsi que de leur réversibilité potentielle en cas d'arrêt de la consommation de toxiques, tout en admettant qu'il n'est pas exigible que le recourant s'abstienne de toute consommation de drogues, après vingt années de toxicomanie et l'échec des diverses prises en charge.

En premier lieu, il convient de relever que, selon l'expert psychiatre de la CRR, le syndrome de dépendance aux diverses drogues n'a que peu de répercussion sur la capacité de travail. Cela est également confirmé par le Dr Q\_\_\_\_\_, selon lequel l'élément principal incapacitant est le trouble dépressif, même s'il est renforcé par les autres pathologies, dont notamment la toxicomanie. Cette conclusion est corroborée par l'anamnèse. En effet, jusqu'en 2002, à savoir l'accident du recourant provoquant une entorse du pied droit, celui-ci pouvait encore travailler. Entre octobre 2008 et janvier 2009, il a pu effectuer des stages aux EPI et dans deux entreprises, lesquels ont démontré des aptitudes du recourant compatibles avec un emploi ouvrier aux EPI et dans ces entreprises. Les conclusions du rapport du 26

janvier 2009 des EPI sont très positives, le recourant ayant montré de l'intérêt, étant minutieux et travaillant avec sérieux. Ainsi, en dépit de sa toxicomanie, il sied de constater que le recourant pouvait encore travailler en tout cas jusqu'au début de l'année 2009, de sorte que la cause de son incapacité de travail est à chercher non pas dans sa dépendance, mais dans d'autres facteurs. De surcroît, un trouble dépressif n'a pas été diagnostiqué précédemment.

Cela étant, la question de savoir si la toxicomanie est en l'occurrence la conséquence d'une atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie peut rester ouverte.

En ce qui concerne la réversibilité potentielle de la symptomatologie dépressive en cas d'arrêt de la consommation des toxiques, l'expert explique que l'effet que l'on pourrait attendre de l'abstinence sur les autres pathologies psychiques ne paraît pas prévisible, et qu'il est au contraire probable que les pathologies qui ont favorisé la toxicomanie s'aggraveraient, puisque n'étant plus « compensées » par la prise de substances. Certes, il n'est pas exclu, en cas d'abstinence, que la dépression s'améliore temporairement par la récupération d'une certaine estime de soi, mais l'expert juge plus probable un risque de décompensation anxieuse voire psychotique, ce qui pourrait secondairement conduire à une rechute dépressive. C'est donc à tort que le médecin du SMR lui reproche de ne pas s'être prononcé sur la réversibilité potentielle des troubles en cas d'arrêt des drogues. De la réponse de l'expert judiciaire résulte en outre de façon convaincante que l'abstinence ne permettrait probablement pas d'améliorer les troubles psychiques, sous réserve d'une amélioration temporaire de la thymie. Il ne peut ainsi être retenu qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, les troubles psychiques sont réversibles dans cette hypothèse.

c. Le SMR conteste ensuite le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Cependant, comme le relève à juste titre l'expert judiciaire, le SMR se contredit, dès lors qu'il admet implicitement ce diagnostic en affirmant qu'il est secondaire au trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, un trouble dépressif a été constaté non seulement par l'expert psychiatre de la CRR, mais également par l'expert judiciaire. L'essentiel d'un tel diagnostic repose au demeurant toujours sur les données livrées par l'expertisé, de sorte qu'il ne saurait être reproché aux experts de s'être fondés sur celles-ci, lesquelles sont par définition subjectives. Néanmoins, l'expert judiciaire met également en avant des constatations objectives pour étayer ce diagnostic. Ainsi, il relève que la tristesse du recourant est visible et qu'il pleure lorsqu'il évoque le viol subi à l'âge de sept ans par son frère aîné. La fatigue est perceptible et il est probable que le recourant présente un ralentissement intellectuel. La voix est plutôt traînante et monotone. La fluidité idéique n'est pas très vive.

Quant au trouble de l'adaptation diagnostiqué initialement en septembre 2011 par le Dr E\_\_\_\_\_ et Mme J\_\_\_\_\_ de la Fondation Phénix, il convient de relever qu'un tel diagnostic implique des symptômes dans le registre émotionnel et

comportementaux, tel que l'humeur dépressive et/ou l'anxiété notamment (cf. DSM IV p. 737), de sorte qu'il n'est pas incompatible avec un trouble dépressif diagnostiqué par la suite, soit lorsque les troubles de l'humeur ont persisté pendant plus de six mois après le facteur de stress. Au demeurant, les soignants de la Fondation Phénix attestent dans leur certificat médical du 30 avril 2014 un état dépressif moyen à sévère et que l'état est stationnaire depuis 2010.

Au vu de ces avis médicaux concordants, la chambre de céans est convaincue par le diagnostic de trouble dépressif émis par l'expert psychiatre de la CRR et le Dr Q\_\_\_\_\_, ainsi que les médecins traitants, d'autant plus que le SMR n'a pas fait état d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par ceux-ci.

d. En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, le SMR admet ce diagnostic, tout en relevant qu'il convient d'analyser le caractère invalidant de ce trouble à la lumière de la jurisprudence en la matière et qu'en l'occurrence cette jurisprudence ne permet pas de le reconnaître.

Comme indiqué ci-dessus, selon la nouvelle jurisprudence de notre Haute Cour, il s'agit dorénavant d'évaluer le caractère surmontable et partant invalidant d'un tel trouble sur la base de différents indicateurs, lesquels se recoupent en partie avec les anciens critères.

En ce qui concerne en premier lieu le degré de gravité fonctionnelle, il convient de considérer que le handicap du recourant au niveau de la cheville est considérable, dans la mesure où il souffre d'importantes douleurs qui le handicapent pour la marche et l'incitent à se déplacer avec deux béquilles, plus de dix ans après l'accident survenu en 2002. Depuis son accident, il n'a pas arrêté de consulter des médecins pour les séquelles de cet événement et s'est soumis à une intervention chirurgicale en 2007. Il sied ainsi de constater une chronicisation de l'état de la cheville, après l'épuisement de toutes les possibilités de traitements. Les mesures de réadaptation et d'intégration initiées à partir de 2008 ont également échoué, malgré la motivation du recourant, comme cela résulte des rapports y relatifs.

La gravité de l'évolution du trouble somatoforme douloureux est aussi rendue plausible par la présence de traumatismes importants dans l'enfance qui sont encore aujourd'hui bien présents, comme le prouve le fait que le recourant pleure devant l'expert judiciaire en évoquant le viol par son frère.

À cela s'ajoute plusieurs comorbidités psychiatriques et somatiques qui diminuent les ressources du recourant. En effet, depuis son accident, le recourant souffre de douleurs et rencontre des difficultés dans ses déplacements, de sorte qu'il ne pourrait désormais exercer qu'une activité sédentaire ou semi-sédentaire, permettant des changements de position, selon le rapport du 24 mai 2011 du Dr I\_\_\_\_\_ de la SUVA. Par ailleurs, cette assurance lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Certes, une partie des douleurs et des limitations fonctionnelles est dépourvue d'un substrat organique. Il n'empêche qu'une atteinte à l'intégrité subsiste et que certaines douleurs peuvent être mises en relation avec les

séquelles objectivables de l'accident. Le recourant est également atteint d'un trouble dépressif majeur, épisode actuellement moyen, selon les experts et médecins traitants. Selon la nouvelle jurisprudence de notre Haute Cour, ce diagnostic ne peut pas être écarté du seul fait qu'il doit être considéré comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. Enfin, l'expert judiciaire a aussi retenu un trouble anxieux mixte.

Quant à la structure de la personnalité, le recourant présente des troubles mixtes de la personnalité, selon l'expert judiciaire. Certes, en accord avec le SMR, il ne peut être considéré que ces troubles soient en l'espèce totalement décompensés. Ils n'ont pas non plus empêché le recourant de travailler auparavant. Néanmoins, ils affaiblissent les ressources du recourant pour surmonter le trouble somatoforme douloureux. À cet égard, il est à relever que la chambre de céans est convaincue par ce diagnostic au vu des explications détaillées de l'expert judiciaire, lequel a notamment relevé les carences affectives et la violence qui ont marqué l'enfance, la faible estime de soi se traduisant par des difficultés majeures à aller vers l'autre et à construire des relations sentimentales durables, ainsi qu'une immaturité psychologique se manifestant par une incapacité de gérer l'argent, ce qui a rendu nécessaire une mesure de curatelle. À cela s'ajoute un comportement d'évitement des contacts sociaux et une dépendance aux substances toxiques. Des traits d'un trouble de la personnalité ont du reste également été mis en évidence par les soignants de la Fondation Phénix, dans leur certificat médical du 30 avril 2014.

Le recourant ne peut pas non plus tirer un soutien de son environnement, si ce n'est d'un de ses frères et de la femme de celui-ci. Pour l'essentiel, le recourant présente un retrait social important, vivant la majeure partie du temps de façon recluse dans son appartement.

Il convient de constater en outre qu'il n'y a pas d'élément discordant dans le comportement du recourant ni une exagération, selon l'expert judiciaire.

Les limitations fonctionnelles se manifestent dans tous les domaines de la vie, étant constaté que le recourant n'a plus d'intérêt ni de loisir à proprement parlé. Il est tout autant handicapé à la maison par ses béquilles qu'à l'extérieur, celles-ci l'empêchant notamment de cuisiner. Le retrait social est important, le recourant ne voyant plus ses quelques amis, par manque d'envie (p. 9 expertise judiciaire). Il n'appert pas non plus que le recourant aurait refusé des traitements recommandés et exigibles, étant régulièrement suivi pour ses problèmes à la cheville depuis la survenue de l'accident. En 2008 et 2009, il a fait un important effort de réadaptation professionnelle dans le cadre des stages aux EPI et dans les entreprises, même s'il a été par la suite découragé par l'aggravation de l'état de sa cheville. Certes les analyses lors de l'expertise judiciaire ont montré des dosages infra-thérapeutiques du traitement médicamenteux antidépresseur. Toutefois, comme le souligne de Dr Q\_\_\_\_\_, bien que le dosage contrôlé en septembre 2014 montrât un taux situé dans la zone thérapeutique, le recourant n'allait pas mieux pour autant.

À la lecture de l'expertise judiciaire, il sied de constater que l'expert judiciaire a déjà pris en compte tous les critères résultant de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer le caractère invalidant du trouble somatoforme. Cela étant, la chambre de céans est convaincue par sa conclusion d'une incapacité de travail supplémentaire résultant du trouble somatoforme douloureux de 10 %. De ce fait, il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'expertise.

15. Quant au moment de l'aggravation, il peut être constaté qu'elle est en tout cas postérieure à janvier 2009, dès lors que le recourant était encore en mesure auparavant de participer à une orientation professionnelle et à des stages en entreprises, sans être diminué sur le plan psychiatrique. Selon l'expert psychiatre de la CRR, le trouble dépressif s'est développé depuis mars 2010, soit lors de la reprise des investigations concernant la cheville. Dans le courrier du 26 mai 2010 du Dr D\_\_\_\_\_, il est effectivement fait état d'une aggravation au niveau somatique, dès lors que ce médecin constate une cheville tuméfiée avec une mobilité réduite. Le recourant se plaignait de la récurrence des douleurs depuis un stage dans une lingerie en février 2010. Le Dr C\_\_\_\_\_ propose alors au recourant de poursuivre le traitement conservateur avec cannes en décharge partielle. Ainsi, la conclusion de l'expert judiciaire, selon laquelle le début du trouble dépressif doit être fixé à mars 2010 est convaincante.

Il s'agit donc d'une aggravation nettement postérieure à la décision de refus de prestation du 2 mai 2008, ce qui justifie la révision de celle-ci.

16. a. Partant, une incapacité de travail de 60 % doit être admise, ce qui ouvre le droit à un trois-quarts de rente. Il est à relever à cet égard que, même en admettant une réduction des salaires statistiques de 10 % dans le cadre de la comparaison des salaires, pour tenir compte des handicaps et de la réduction de la capacité résiduelle de travail (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), la perte de gain ne serait que de 64% et ne donnerait pas le droit à une rente supérieure.
17. a. 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA.  
b. En l'espèce, le recourant a déposé sa nouvelle demande en septembre 2010. En admettant le développement d'un trouble dépressif et d'un trouble somatoforme persistant invalidants depuis mars 2010, le droit à la rente est né en mars 2011. Cette date coïncide avec l'échéance de la période d'attente de six mois depuis le dépôt de la demande en septembre 2010.
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'un trois-quarts de rente depuis mars 2011.
19. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de CHF 500.-.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 9 juillet 2014.
4. Octroie au recourant un trois-quarts de rente dès mars 2011.
5. Met un émolument de CHF 500.- 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

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