

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3369/2008

ATAS/986/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 30 juillet 2009

En la cause

Monsieur R_____, domicilié c/o Mme R_____ -
T_____, à Genève, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître RUDERMANN Michael

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. R_____ (né en 1964), divorcé (en 1994), est assisté par l'Hospice général depuis août 1997.
2. Le 18 février 2004, par l'intermédiaire du Dr A_____, son médecin traitant de l'époque, l'assuré a déposé une demande de prestations (datée du 28 octobre 2003) auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OCAI), dans laquelle ce praticien a attesté que l'aspect dépressif dominait le tableau clinique de son patient.
3. Procédant à l'instruction de la cause, l'OCAI a recueilli un rapport du Dr A_____, du 26 avril 2004. Ce dernier a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles de la personnalité (F 60.3) existant depuis 2000 et une dépendance aux opiacés (F11.22) « ancienne ». Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic d'arthrose débutante des mains. L'incapacité de travail était totale depuis 2000, dans la profession de coiffeur ou d'aide-jardinier. Le patient présentait une dépendance aux antalgiques de type morphinique (codéine) et benzodiazépine, ainsi qu'une personnalité borderline de longue date. La thérapie consistait en un « soutien psychodynamique ; sevrage ». Le questionnaire complémentaire pour troubles psychiques faisait état des diagnostics DSM IV suivants : F33.4 ; F 60.3, F17.24 (actuels) et F 11.22, F 13.24 et F 14.1 (anciens). Le patient présentait une polytoxicomanie aux sédatifs et antalgiques. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient de façon prépondérante l'affection actuelle. Les troubles étaient réactionnels à des événements de vie adverse, lesquels influençaient grandement l'état de santé, qui était par ailleurs stationnaire.
4. Dans un avis du 30 novembre 2006, le SMR (Dr B_____, chirurgien) a relevé que le médecin traitant avait en particulier diagnostiqué un trouble dépressif en rémission (F33.4). Estimant que le rapport du Dr A_____ était trop lacunaire (limitations fonctionnelles non décrites ; absence de status psychiatrique), le Service médical régional de l'AI (SMR) a préconisé une expertise psychiatrique de l'assuré.
5. Dans son rapport d'expertise du 29 mai 2007 (examen du 23 mai précédent), le Dr r C_____, psychiatre FMH, a relevé que l'expertisé fumait un joint chaque soir et n'était pas suivi pas un psychologue ou un psychiatre, mais uniquement par son médecin généraliste, qui lui prescrivait de la Méthadone (20 mg par jour) ; du Xanax (en réserve), du Remeron (30 mg/jour) et du Rivoril (4 mg /jour). Vers l'an 2000, à la suite d'une rupture avec son amie de l'époque, l'assuré aurait commencé à consommer du sirop Resyl, contenant de la codéine, afin de calmer ses angoisses. Il en était devenu dépendant au bout d'une année. L'échelle de l'anxiété et de la

dépression de Hamilton montrait des signes d'un état anxieux et d'un état dépressif léger, mais l'assuré avait une certaine tendance à dramatiser les signes dépressifs. L'impression clinique de l'expert ne correspondait pas tout à fait avec les dires de ce dernier. En particulier, l'expertisé se disait triste et déprimé, n'avoir plus de goût dans la vie, ni aucun intérêt, avec des troubles de la concentration, mais était capable de regarder la télévision (matches de tennis ou films policiers), s'occupait activement de son chien qu'il promenait régulièrement, allait boire un café tous les jours au bistrot, déjeunait et dînait chaque jour avec sa mère, rencontrait ses copains au moins une fois par semaine. L'assuré n'avait jamais fait de tentative de suicide, disait dormir mal, alors qu'il s'endormait vers minuit et se réveillait vers 7h. Il n'y avait pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuite dans les idées. Son comportement avait donc paru un peu démonstratif et manipulateur lorsqu'il parlait de ses problèmes en se mettant d'une manière projective dans le rôle de la victime. Il se mettait facilement dans le rôle de quelqu'un de très malade « voulant que l'expert adhère à ce qu'il qualifie de souffrance ». Concernant les conduites d'addiction, l'expertisé avait commencé à fumer du cannabis à l'âge de 13 ans, mais disait être devenu dépendant beaucoup plus tard. Il avait commencé à consommer de l'alcool vers l'âge de 16 ans ; vers l'âge de 25 ans, il en buvait beaucoup lors des soirées technos, consommait aussi des ecstasy, quelques fois du LSD. Il avait goûté à la cocaïne et n'avait jamais touché l'héroïne.

Par ailleurs, durant son enfance et son adolescence, l'expertisé s'enfuyait de l'école publique et avait suivi l'Ecole Active, école expérimentale autogérée par les élèves, où il faisait ce qu'il voulait. Il avait terminé le cycle dans la même école. Il avait été un enfant gâté avec peu de limites et n'avait probablement pas appris à être confronté aux frustrations de la vie ; cette situation n'avait pas provoqué de trouble grave au niveau de la personnalité. Il s'était adonné aux plaisirs de la vie, sans être soumis aux contraintes, notamment professionnelles. Il avait fait l'école de coiffure pendant un an, mais sans être vraiment intéressé par le métier. Il avait ensuite travaillé dans un salon de coiffure pendant environ neuf mois « jusqu'à ce qu'il se fasse virer ». Par la suite, il avait travaillé un peu à gauche et à droite pendant de courtes périodes. Vers l'âge de 28 ans, il était parti en Thaïlande, où il avait travaillé pendant un an environ comme guide de plongée sous-marine, activité qui lui avait beaucoup plu. A son retour en Suisse, il avait rencontré ses copains avec lesquels il « faisait la foire », sans vraiment travailler, tout en étant financé par ses parents. Il avait été assisté par l'Hospice général, la première fois en 1984, et avait aussi été aidé financièrement par ses parents, ces dix dernières années. Il avait fait l'Ecole de recrue et cinq cours de répétition, puis avait été libéré de ses obligations militaires par un psychiatre. Concernant les conduites alimentaires, l'expert a noté : « à ma connaissance, il n'y a pas vraiment d'anorexie ni de boulimie, mais l'assuré (181 cm pour 58 kg) dit qu'il n'a pas faim ». Ce dernier lui avait déclaré avoir beaucoup maigri et perdu dix kilos en l'espace d'un an.

A l'issue de son examen, le Dr C_____ n'a diagnostiqué aucun trouble incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives. L'expertisé suivait actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F19.22) ; trouble dépressif récurrent, épisode léger sans syndrome somatique (F33.00) ; autres troubles anxieux phobiques (F40.8). Il n'existait aucun trouble grave au niveau de la personnalité. L'assuré présentait une toxicomanie qui paraissait primaire, et qui n'avait pas provoqué des lésions irréversibles au niveau organique ou psychique. Le pronostic était plutôt bon, l'assuré ne prenait plus de drogues depuis 2 ans, sauf le cannabis (1 joint par jour) et était en train de diminuer la Méthadone. S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, l'expert a relevé que « du point de vue physique, l'assuré dit être fatigué et faible. Du point de vue psychique, il dit être triste et déprimé. Du point de vue social, il dit éviter les endroits où il y a beaucoup de monde. Le problème de cet assuré est que sa toxicomanie est primaire. S'il n'était pas toxicomane, il pourrait travailler à 100% ». Enfin, des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient « pas tellement » envisageables, cet assuré n'ayant que peu travaillé dans sa vie et n'étant nullement motivé à le faire.

6. Dans son avis du 27 juin 2007, le SMR (Dr B_____) s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Il a relevé qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI et a posé le diagnostic CIM Z71.1 (ie : sujet inquiet sur son état de santé). En particulier, l'assuré présentait des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, un trouble dépressif récurrent, épisode léger et d'autres troubles anxieux phobiques. Ces troubles n'étaient pas du ressort de l'AI. L'assuré disposait d'une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle. Par ailleurs, durant l'enfance ou l'adolescence, l'assuré n'avait pas souffert de troubles psychiatriques. Il avait débuté une consommation d'alcool, d'ecstasy et de cannabis à titre festif. Il s'agissait donc d'une toxicomanie primaire, actuellement substituée à la Méthadone. La consommation de produits illicites n'avait pas entraîné de troubles cognitifs. L'assuré présentait une légère baisse de la thymie et des manifestations anxieuses dans les endroits publics. Ces symptômes n'étaient toutefois pas d'une gravité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail. En conclusion, il n'existait pas de maladie invalidante au sens de l'AI.
7. Dans un projet de décision du 2 juillet 2007, l'OCAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Etant donné le caractère primaire de la toxicomanie, l'expertise psychiatrique du 23 mai 2007 et l'avis du SMR du 27 juin suivant avaient écarté l'existence d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie au sens de l'AI.

Un délai de 30 jours dès réception dudit projet lui a été imparti pour faire valoir ses objections éventuelles.

8. Par courrier du 25 juillet 2007, l'assuré a requis la communication de son dossier, lequel lui a été transmis le 30 juillet suivant.
9. Par acte du 22 août 2007, l'assuré a déclaré « faire recours au projet de décision me concernant. N'étant pas du tout d'accord avec le rapport d'examen du SMR, une lettre du Dr D_____, médecin-psychiatre traitant depuis le 1^{er} mars 2006, suivra ».
10. N'ayant reçu aucune lettre de ce médecin dans l'intervalle, l'OCAI, par décision du 20 septembre 2007, a maintenu son refus de toute prestation AI.
11. Par courrier adressé à cet office le 8 octobre 2007, la Dresse Christine D_____, psychiatre traitante, a attesté qu'elle suivait l'assuré depuis un an pour un sevrage de Méthadone. Ce traitement était consécutif à un syndrome de dépendance aux opiacés. Le sevrage se passait plutôt bien et le patient était à bout touchant. Celui-ci était en traitement pour un trouble dépressif récurrent antérieur à sa problématique d'abus de substances. La praticienne s'est déclarée « surprise de votre décision de non entrée en matière », dès lors que ce trouble était toujours persistant, malgré la résolution du problème de dépendance.
12. Par lettre du 9 octobre suivant, l'OCAI a informé la Dresse D_____ qu'il ne pouvait pas répondre favorablement à son courrier, le SMR « ayant statué sur l'absence de maladie invalidante au sens de l'AI ».
13. Par lettre du 21 janvier 2008, Me Michael RUDDERMANN s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré.
14. Dans un courrier daté par erreur du « 21 janvier 2008 », reçu par l'OCAI le 16 mai 2008, ce conseil a exposé que la décision du 20 septembre 2007 n'avait pas fait l'objet d'un recours, son client ayant malencontreusement laissé s'écouler le délai pour recourir. Me RUDDERMANN a requis l'OCAI de reconsidérer ladite décision et de faire bénéficier l'assuré des prestations AI auxquelles il pouvait prétendre. Il a joint un rapport de la Dresse D_____ du 5 (recte : 8) mai 2008, selon lequel l'incapacité de travail de l'assuré n'était pas liée à sa toxicomanie, mais était influencée négativement par ses troubles hyperkinétiques et son état dépressif et anxieux depuis au moins 10 ans, selon les renseignements anamnestique, mais en tout cas depuis mars 2006, début du traitement par cette praticienne.
15. Selon ce rapport, le patient avait eu une scolarité difficile, avec des problèmes de concentration. Il avait fait la première du cycle puis une année à l'école Moser. Il avait fait une décompensation psychotique à l'âge de 16 ans, avec hallucinations et attaques de panique, qui avait duré un mois, ce qui avait entraîné une perte de

confiance en soi et une dépression. Ensuite, il avait suivi une année d'école de coiffure et obtenu le diplôme correspondant à 18 ans. Il abusait du cannabis depuis cet âge-là. A 19 ans, il n'avait pas gardé son travail dans un salon de coiffure, suite à un mal être social. Sa dépression avait été amplifiée par une rupture sentimentale à l'âge de 22 ans. Il avait subi une seconde dépression à l'âge de 24 ans, suite à une deuxième rupture sentimentale, ainsi qu'une troisième dépression, à l'âge de 30 ans, suite également à une rupture sentimentale. Son amie d'alors était décédée trois semaines plus tard des suites du HIV et le patient en gardait encore un sentiment de culpabilité important. En 2000, il avait été hospitalisé d'urgence pour overdose d'alcool et de médicament avec coma de 24 heures. Entre 2000 et 2006, il avait été hospitalisé quatre fois à la clinique de Montana. Il avait commencé à consommer de la codéine (Resyl plus) en été 2003 en raison de la persistance de son mal-être. Cette prise de codéine lui avait amené un effet antidépresseur et anxiolytique, que les multiples essais d'antidépresseurs (8) et d'anxiolytiques (10) n'avaient pas pu soulager. En raison d'un développement d'une dépendance à la codéine, il avait été mis sous Méthadone en 2004. Actuellement, il avait un trouble alimentaire avec un IMB à 18 et n'arrivait pas à s'alimenter correctement.

Sur le plan des constatations objectives, le patient était très maigre et présentait un faciès très déprimé. Il n'y avait pas d'idées délirantes, ni d'élément de la lignée psychotique. Le patient décrivait une perte d'élan vital, un sentiment de culpabilité, une anxiété persistante, des troubles de l'appétit et des troubles de la concentration.

La Dresse D_____ a posé les diagnostics suivants : trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention F 90.0 présent depuis l'enfance ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11 depuis l'enfance ; anxiété généralisée F41.1, depuis l'adolescence ; syndrome de dépendance aux opiacés, substitution Méthadone F 11.22 depuis 2003. L'incapacité de travail était totale depuis dix ans d'après les éléments anamnestiques, singulièrement depuis mars 2006, date du début de la prise en charge médicale par la praticienne. Les troubles anxieux et dépressifs étaient clairement antérieurs à la consommation de codéine, que le patient avait commencé à consommer en 2003, ayant constaté que cela soulageait son mal-être. Ce n'était pas la toxicomanie qui empêchait l'assuré de travailler. En effet, il était substitué à la Méthadone (très petit dosage) et ne prenait plus d'opiacés non prescrits depuis longtemps. La persistance de l'incapacité de travail était liée à l'état dépressif et anxieux, ainsi qu'aux troubles hyperkinétiques. Enfin, la toxicomanie n'avait entraîné aucune lésion cérébrale organique ou neurologique, ni aucune altération d'origine organique de la personnalité.

16. Dans un avis du 26 mai 2008, le SMR (Dr E_____, généraliste) a estimé que le rapport de la Dresse D_____ constituait une interprétation différente d'un même cas, le médecin traitant étant plus empathique qu'un expert neutre. De plus, la praticienne n'avait pas précisé le traitement de l'assuré, et, sous « Constatations

objectives », elle avait décrit ce que le patient lui avait décrit, sans décrire elle-même la symptomatologie selon la CIM-10. De son côté, l'expert psychiatre avait écouté les plaintes de l'assuré, l'avait examiné et procédé à des tests (échelle de l'anxiété et de la dépression de Hamilton). Dès lors, l'expertise du Dr C _____ avait été faite lege artis et il n'y avait pas lieu de mettre ses conclusions en doute.

17. Dans un projet de décision du 4 juin 2008, intitulé « refus d'entrer en matière », l'OCAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de révision, cela sur la base de l'avis du SMR précité.
18. Par courrier du 9 juillet 2008, l'assuré a contesté souffrir d'une toxicomanie primaire. A cet égard, il a produit un rapport complémentaire de la Dresse D _____ du 9 juillet 2008. Selon la psychiatre traitante, il était normal que la symptomatologie soit actuellement stable, dès lors que l'assuré était au bénéfice d'un traitement antidépresseur de Reméron 30 mg/jour depuis deux ans avec une bonne stabilité thymique. L'efficacité du traitement était confirmée par les constatations de l'expert. Outre le Reméron, le patient était traité avec de la Méthadone soluble 1% QSP (8 mg à 8h et 8 mg à 20h). Il avait pu baisser ses doses de Méthadone ces deux dernières années grâce à un traitement efficace de la dépression et des troubles anxieux qui conduisaient à des « crises de produits » et nécessitaient des dosages de Méthadone beaucoup plus importants. Il était également traité avec du Buspar (3 x 10 mg/jour), ce qui avait permis de mieux réguler le trouble hyperkinétique et permis de diminuer le traitement de Rivotril 3 mg/jour que le patient avait encore récemment. Ce dernier médicament avait également un impact très positif sur les troubles anxieux présentés par le patient. Enfin, les troubles psychiques (dépression et anxiété) étaient anamnestiquement clairement antérieurs au début de la consommation d'opiacés, qui n'avait débuté qu'en 2003, alors que le patient avait déjà fait plusieurs états dépressifs, attestés par des hospitalisations suite à des décompensations dépressivo-anxieuses depuis 2000. Il avait été mis au bénéfice d'un traitement de substitution à la Méthadone en 2004. Il était depuis lors totalement abstinent d'opiacés non prescrits.
19. Dans un nouvel avis du 22 juillet 2008, le SMR (Dr E _____) a maintenu ses conclusions contenues dans son rapport du 27 juin précédent. Il a exposé que l'on ne pouvait qu'être satisfait que le traitement prescrit par la Dresse D _____ soit efficace et que l'assuré n'ait effectivement qu'un état dépressif léger, comme l'avait noté l'expert, et que ledit état n'était donc pas invalidant. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avait retenu la psychiatre traitante, la toxicomanie de l'assuré était bien antérieure à 2000, celui-ci ayant commencé à fumer du cannabis à l'âge de 13 ans, de l'alcool à 16 ans et des ecstasy et du LSD à 25 ans. Enfin, l'assuré disait être fatigué, faible et sans motivation, ce qui n'allait guère avec le diagnostic de trouble hyperkinétique, dont l'expert n'avait par ailleurs retrouvé aucun signe. Ce diagnostic n'était d'ailleurs pas cité par le Dr A _____, médecin traitant en

2004, qui parlait clairement, dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, d'une polytoxicomanie ancienne et bien antérieure à l'an 2000.

20. Par décision du 18 août 2008, expédiée sous pli « B » et reçue le 20 août suivant, l'OCAI a rejeté la demande de révision de l'assuré. Conformément aux conclusions complémentaires du SMR du 22 juillet 2008, cet office a estimé que les conclusions du SMR du 27 juin 2007 restaient valables. Partant, l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification de son invalidité, selon l'art. 87 al. 3 du Règlement sur l'assurance-invalidité.
21. Par mémoire posté le 19 septembre 2008, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant principalement à la constatation d'un « degré d'invalidité de 100% depuis la date du dépôt de la demande de prestations AI pour adultes du 28 octobre 2003 au moins », respectivement au renvoi du dossier à l'OCAI « pour calcul de la rente entière correspondante ». Préparatoirement, il a requis l'audition de la Dresse D_____ (spécialisée dans les abus de substance), le cas échéant, la mise en oeuvre d'une expertise médicale auprès d'un psychiatre FMH « sous-spécialisé dans les abus de substances ». Le recourant a en particulier fait valoir que sa polytoxicomanie n'était pas primaire, mais secondaire, dans la mesure où ses troubles psychiques étaient antérieurs au début de sa consommation d'opiacés, en 2003. A cet égard, le recourant a relevé que l'expert avait à tort fait remonter sa dépendance aux opiacés à 2001. En outre, depuis 2000, plusieurs états dépressifs avaient nécessité son hospitalisation, ce que l'expert n'avait pas relevé. De plus, le Dr C_____ avait lui-même relevé que la consommation de codéine avait pour fin de calmer ses angoisses, si bien que sa dépendance à cette substance psychotrope ne pouvait être considérée comme primaire, mais bien secondaire à son trouble anxio-dépressif. De surcroît, la consommation antérieure de cannabis, d'ecstasy et de LSD n'avait pas été qualifiée de dépendance, mais s'inscrivait plutôt, selon le rapport d'expertise, dans le cadre d'une consommation festive. S'agissant du trouble hyperkinétique, le Dr A_____ ne l'avait pas diagnostiqué, vraisemblablement à tort, si bien que l'expert n'avait pas pu se prononcer valablement sur la présence ou non de ce trouble. Ce trouble avait été responsable de ses échecs scolaires et professionnels. Il avait dès lors influencé très négativement sa capacité de travail, laquelle avait toujours été nulle, « soit en tout cas depuis le dépôt de sa demande de prestations ».
22. Dans sa réponse du 16 octobre 2008, l'OCAI a conclu au maintien de la décision attaquée et (implicitement) au rejet du recours. En substance, cet office a relevé que le trouble hyperkinétique invoqué par le recourant n'avait été relevé que par son seul médecin traitant actuel. De plus, il n'y avait pas lieu de revenir sur l'anamnèse contenue dans l'expertise du Dr C_____ du 29 mai 2007, dont le rapport remplissait tous les réquisits relatifs à la valeur probante d'un tel document.

23. Dans sa réplique du 27 janvier 2009, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours. Il a dénié toute valeur probante à l'expertise du Dr C _____ s'agissant en particulier de la question de la présence ou non d'un trouble hyperkinétique, dès lors que l'expert n'avait pas fait porter son expertise sur cette problématique, « car il l'ignorait ». En outre, il existait une divergence essentielle entre l'anamnèse prise par l'expert et celle notée par le médecin traitant actuel, dans la mesure où les renseignements anamnestiques consignés par la Dresse D _____ conduisaient à qualifier la toxicomanie du recourant de secondaire et, par conséquent, de maladie au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.
24. Le 23 février 2009, le Tribunal de céans a transmis au Dr C _____ les rapports de la Dresse D _____ des 8 octobre 2007, 8 mai et 9 juillet 2008, en l'invitant à se déterminer sur leur contenu.
25. Par courrier du 16 mars 2009, communiqué aux parties, le Dr C _____ a réitéré les conclusions de son rapport d'expertise du 29 mai 2007, selon lesquelles, en particulier, la toxicomanie de l'expertisé était primaire et non secondaire à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité. Il a relevé tout d'abord qu'il semblait y avoir une contradiction entre les rapports de la Dresse D _____ des 8 mai et 9 juillet 2009, dans la mesure où si l'assuré avait retrouvé une bonne stabilité thymique, on comprenait mal pourquoi il ne pouvait pas travailler, alors que, selon la psychiatre traitante, la dépression était l'une des causes de l'incapacité de travail de l'intéressé. L'expert a également insisté sur la tendance chez l'assuré à la dramatisation et la manipulation. Enfin, il a relevé que si ce dernier avait été atteint dans sa santé au point de ne pas pouvoir travailler, il n'aurait pas pu terminer sa scolarité, ni faire un apprentissage de coiffure. La problématique de l'assuré était celle de quelqu'un qui avait eu peu de limites depuis son enfance, ayant été peu frustré et préférant s'adonner à ce qu'il avait considéré comme les plaisirs de la vie, que d'accepter aussi ses contraintes, notamment celles en relation avec une activité professionnelle. Cela semblait être plutôt une manière de fonctionner et ne relevait pas d'une pathologie telle quelle puisse provoquer une atteinte à la santé importante l'empêchant d'exercer une activité professionnelle.
26. Dans ses déterminations du 14 avril 2009, l'OCAI a persisté dans la position exprimée dans son préavis du 16 octobre 2008 tendant au rejet du recours, compte tenu des opinions concordantes de l'expert et des médecins du SMR. A cet égard, il s'est référé à un avis du SMR du 8 avril 2009, selon lequel le courrier du Dr C _____ du 16 mars 2009 était convaincant, avec une explication détaillée de sa position concernant l'absence d'une atteinte incapacitante. En outre, les conclusions des avis du SMR des 26 mai et 22 juillet 2008 (relatives aux contradictions relevées entre les courriers de la Dresse D _____ des 8 mai et 9 juillet 2008) se superposaient à celles du Dr C _____.

27. Dans ses observations du 29 avril 2009, le recourant a persisté à requérir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. S'appuyant sur un avis complémentaire de la Dresse D_____ du 28 avril 2009, il a contesté toute contradiction entre les courriers précités (§ 26), dans la mesure où une stabilisation de l'état thymique ne signifiait en rien qu'il soit en capacité de travail, contrairement à ce que soutenait le Dr C_____. De plus, si son état s'était stabilisé, c'est parce, dans sa situation actuelle, il n'était soumis à aucun stress, contrairement à ce qui serait le cas dans le monde du travail. Cette stabilité ne présupposait pas qu'il soit guéri. A cela s'ajoutait l'existence d'un trouble hyperkinétique, non diagnostiqué par l'expert, ni scientifiquement contesté, et que personne n'avait constaté auparavant, « vraisemblablement par manque de compétence ». Or, un tel trouble engendre des difficultés de concentration et d'instabilité émotionnelle qui était de nature à entraver le fonctionnement normal d'un individu. Or l'intolérance à la frustration relevée par l'expert faisait précisément partie de la partie « impulsivité » du trouble hyperkinétique. En outre, ce trouble avait fait l'objet non seulement de constatations cliniques, mais également de tests (non effectués par l'expert), dont les résultats, recueillis par la Dresse D_____, témoignaient d'un trouble avéré et sévère, soit selon les échelles ASR-1 : 58/72 et DSM IV : inattention : 26/27 ; hyperactivité : 15/18 ; impulsivité : 7/9. D'après le recourant, l'incapacité de travail actuelle s'expliquait par la co-occurrence du trouble hyperkinétique (ce que l'expert avait « manifestement raté ») et du trouble dépressif récurrent, lesquels n'avaient pas été diagnostiqués jusqu'alors et qui, selon la Dresse D_____, avaient donc eu une évolution maligne. Enfin, le recourant a réfuté toute tendance à la dramatisation et à la manipulation, termes qu'il a estimés diffamatoires, sans aucune assise scientifique, et qui n'avaient dès lors pas leur place dans un rapport d'expertise. Selon la Dresse D_____, ces termes ne figuraient pas dans les classifications internationales des troubles mentaux et des troubles du comportement, à moins que l'expert n'ait envisagé un trouble de la personnalité sous-jacent, auquel cas il aurait fallu faire une évaluation permettant de l'objectiver ; en effet, de tels troubles sous-jacents étaient également d'une gravité telle qu'ils contribuaient à entraver une insertion socio-professionnelle normale.
28. Après avoir soumis une nouvel fois le dossier au SMR, lequel s'est prononcé dans un avis du 15 juin 2009, l'OCAI, par courrier du 24 juin 2009 (transmis au recourant pour information), a persisté dans sa position tendant au rejet du recours.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

2. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003.
3. Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATAF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636 et les références). Si l'administration omet de renseigner un administré, alors que l'autorité était légalement tenue de l'informer (art. 27 LPGA) ou que les circonstances du cas particulier le justifiaient, il convient d'assimiler ce comportement à la fourniture d'un renseignement inexact (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480 et les références).
 - 3.1 Par ailleurs, aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en oeuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. La seule exception à cette obligation est donnée lorsque le fait de s'adresser à une autorité incompétente a été consciemment voulu par l'expéditeur (KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 13 ad art. 30 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. Ces dispositions ne sont que l'expression, en droit des assurances sociales, d'un principe général du droit administratif, reconnu par la doctrine, et consacré à maintes reprises par la jurisprudence (ATF du 11 mai 2009, 9C_1054/2008, consid. 2-1 ; ATF 102 V 75 consid. 1; VSI 1995 p. 199 consid. 3b et les références).
 - 3.2 En l'occurrence, par courrier envoyé à l'OCAI le 8 octobre 2007, la Dresse D_____, psychiatre traitante, s'est déclarée « surprise » par la refus de rente prononcé par cet office le 20 septembre précédent, dans la mesure où le

trouble dépressif récurrent dont souffrait son patient était antérieur (et non consécutif) à sa problématique d'abus de substance.

Il ressortait ainsi du contenu dudit courrier (déposé, en temps utile, par l'entremise de son médecin traitant) que l'assuré entendait en fait former un recours contre la décision de l'OCAI du 20 septembre 2007. Pareille conclusion s'imposait d'autant plus que l'assuré avait expressément déclaré, dans sa lettre du 22 août précédent, « faire recours au projet de refus » de rente du 2 juillet 2007, la Dresse D_____ n'étant pas « du tout d'accord avec le rapport d'examen du SMR » (du 27 juin 2007), et qu'il annonçait par ailleurs qu'un courrier de celle-ci « suivra ». On relèvera d'ailleurs que c'est également par l'intermédiaire de son médecin traitant de l'époque, le Dr A_____, que l'assuré avait déposé sa demande de prestations AI du 28 octobre 2003. Quand bien même il estimait que la missive de la Dresse D_____ était insuffisante pour valoir recours, l'OCAI ne pouvait ignorer les vellétés de l'assuré. Cela étant, il appartenait audit office, en vertu de son devoir légal de renseigner prescrit à l'art. 27 al. 2 LPGA, de rendre l'assuré attentif au fait qu'il ne s'était pas adressé à l'autorité compétente et qu'il convenait de saisir formellement le Tribunal cantonal des assurances sociales avant l'expiration du délai de recours mentionné à la fin de la décision attaquée (du 20 septembre 2007), qui échéait, le 21 octobre 2007, au plus tôt. En lieu et place, cet office s'est borné à indiquer à la Dresse D_____ qu'il ne pouvait répondre favorablement à son courrier du 8 octobre 2007, le SMR « ayant statué sur l'absence de maladie invalidante au sens de l'AI » (lettre de l'OCAI du 9 octobre 2007). Il est à cet égard sans importance que la décision litigieuse ait indiqué clairement les voies de recours (comp. ATF du 27 mars 2007, I 25/06, consid. 5.2).

L'omission de l'office AI de rendre attentif l'assuré, alors non assisté d'un avocat, aux désavantages qu'il pouvait encourir sur le plan légal (expiration du délai de recours) en raison de l'inexactitude de son comportement doit être assimilée à la fourniture d'un renseignement inexact, lequel est en l'espèce, a priori, constitutif d'une violation du principe de la bonne foi (ibid).

Dans ces conditions, on peut se demander si l'OCAI n'aurait pas dû transmettre d'office et sans délai le courrier de la Dresse D_____ du 8 octobre 2007, pris comme recours contre la décision de l'office intimé du 20 septembre 2007, au Tribunal de céans, comme objet de sa compétence (cf. ci-dessus, § 3.3 ; ATF 119 IV 330 consid. 1c). En pareille hypothèse, la décision, subséquente, de non-entrée en matière du 18 août 2008 devrait alors être annulée et le courrier de Me RUDERMANN, du « 21 janvier 2008 » (reçu le 16 mai 2008 par l'OCAI), respectivement le recours interjeté le 19 septembre 2008, devraient être traités comme des compléments au « recours » déposé par l'intermédiaire de la Dresse D_____, selon son courrier du 8 octobre 2007. Il s'ensuivrait que le Tribunal de céans pourrait librement examiner le fond du litige, sans limiter sa

cognition à la question de l'entrée en matière (prononcée le 18 août 2008) (cf. ci-dessous, § 4).

Cette question peut toutefois rester ouverte dans le cas particulier, au vu de des considérations suivantes.

4. Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et al. 4 RAI).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence.

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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5).

- 4.1 En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge. En effet, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2, ATF 117 V 198 consid. 3a, ATF 109 V 108 consid. 2).

En principe, lorsque l'autorité de première instance n'est pas entrée en matière sur une demande de réexamen, le requérant peut simplement recourir en alléguant que l'autorité a nié à tort l'existence des conditions requises pour l'obliger à statuer au fond, et le Tribunal de céans ne peut qu'inviter cette dernière à examiner la demande au fond, si elle admet le recours (cf. ATF 109 Ib 246 consid. 4a ; JAAC 45.68 ; Grisel, op. cit., vol. II, p. 949s. ; Kölz/Häner, op. cit., p. 164). Les conclusions du recourant (soit « l'objet du litige » ou « Streitgegenstand ») sont donc limitées par les questions tranchées dans le dispositif de la décision querellée (soit « l'objet de la contestation » ou « Anfechtungs-gegenstand ») et celles qui en sortent, en particulier les questions portant sur le fond de l'affaire, ne sont pas recevables (cf. ATF 131 II 200 consid. 3.2, 130 V 138 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1 et jurispr. cit.; Kölz/Häner, op. cit., p. 148ss ; Gygi, op. cit., p. 44ss ; Poudret, op. cit., p. 8s., n. 2.2; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, Berne 1991, p. 438, 444 et 446s.).

- 4.2 En revanche, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite (ATFA du 20 novembre 2006, I 600/05, consid. 4).

Par ailleurs, si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2009 du 19 février 2009 consid. 2.2 et ATF 125 V 368 consid. 2-3 et les arrêts cités).

- 4.3 En l'espèce, force est de constater que l'OCAI est entré en matière en l'occurrence, dans la mesure où, à la suite de la nouvelle demande déposée par l'assuré le 16 mai 2008, cet office a sollicité, à deux reprises, l'avis du SMR, lequel est précisément à disposition des offices AI pour évaluer, « les conditions médicales du droit aux prestations » (art. 59 al. 2 LAI et 49 al. 3 RAI). Sur la base des avis du SMR des 26 mai et 22 juillet 2008, l'administration a prononcé la décision de non entrée en matière du 18 août 2008 (comp. ATCAS du 20 novembre 2006, ATAS 1009/2006, consid. 6 in fine).

En conséquence, le Tribunal de céans doit examiner en l'espèce si l'invalidité du recourant a subi une modification, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale du 20 septembre 2007, dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 18 août 2008, date de la décision litigieuse.

5. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 sv. 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).

Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
- 6.1 Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont

contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1).

- 6.2 En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).
- 6.3 Enfin, 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 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt [du Tribunal fédéral] I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 7 novembre 2008, 9C_170/2008, consid. 4.1).
7. Selon la jurisprudence, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme [RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236], l'abus de médicaments [RCC 1964 p. 115], la dépendance aux stupéfiants [RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30], le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si – elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité; ou – elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé

physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, édition 2008, n° 1013 ; ATF 124 V 265 consid. 3c).

8. A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C _____ du 29 mai 2007, ainsi que sur son complément du 16 mars 2009, respectivement sur les avis du SMR des 27 juin 2007 et 22 juillet 2008 (se ralliant pour l'essentiel aux conclusions de l'expertise), concluant, en substance, à l'absence de maladie psychiatrique invalidante au sens de l'AI. En particulier, la toxicomanie de l'assuré était primaire et même si celui-ci présentait une légère baisse de la thymie et des manifestations anxieuses, ses symptômes n'étaient pas d'une gravité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail.

Dans le cas particulier, on doit constater que ce rapport d'expertise, avec son complément, répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 6.1).

En particulier, il est douteux que le recourant présente, du moins en ce qui concerne la consommation de cannabis, une toxicomanie dite primaire, comme il le soutient. En effet, il fume du cannabis depuis l'âge de 13 ans et sa psychiatre traitante a indiqué qu'il « abusait » de cette substance depuis l'âge de 18 ans (rapport du 8 mai 2008), ce qui laisse entendre que l'intéressé présentait une certaine addiction à ce stupéfiant, bien avant le début de sa consommation d'opiacés, en 2003 (cf. supra, § 15).

Quoiqu'il en soit, il importe peu, en définitive, que la toxicomanie du recourant revête un caractère primaire, ou le cas échéant, secondaire, ou encore qu'il existe une divergence de diagnostic entre l'expert et la Dresse D _____ relativement à la présence, ou non, d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble hyperkinétique. En effet, la seule question litigieuse est la capacité résiduelle de travail résultant des troubles psychiques quelle que soit leur dénomination (comp. ATF du 12 août 2008, 9C_571/2008).

Or, de l'avis de la psychiatre traitante elle-même, son patient avait une bonne stabilité thymique depuis deux ans (ie : juillet 2006 au plus tard) grâce au traitement commencé en mars 2006 (cf. certificat du 9 juillet 2008), si bien que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, qu'elle a diagnostiqué chez son patient ne représente effectivement pas un handicap majeur pour une activité professionnelle adaptée aux compétences de ce dernier (comp. ATAS 685/2008 du 4 juin 2008 ; ATF du 9 décembre 2003, I 563/02, consid. 4.2), par exemple, le cas échéant, dans un environnement non stressant, pour répondre à la

préoccupation formulée par cette praticienne dans son courrier du 28 avril 2009 (supra, § 27). Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler ici que, dans son rapport du 24 avril 2004, le précédent médecin traitant (Dr A_____), même s'il n'était pas spécialisé en psychiatrie, avait expressément attesté un trouble dépressif en rémission (F33.4). Quant à l'explication selon laquelle, malgré la stabilisation de son état de santé, le patient ne disposerait toujours pas d'une capacité de travail entière, en raison du stress inhérent au monde du travail (cf. courrier de la Dresse D_____ du 28 avril 2009), elle ne saurait être suivie. En effet, non seulement elle apparaît théorique en l'état, mais elle n'est de toute façon pas décisive, compte tenu de l'obligation incombant à l'assuré de réduire au maximum le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61), et cela, si nécessaire, grâce à une prise en charge psychiatrique spécifique. Par ailleurs, le recourant n'a pas valablement remis en cause les constatations du Dr C_____ relatives à la tendance de l'expertisé à la manipulation ou à la dramatisation des signes dépressifs, se contentant d'affirmer à cet égard que ces termes (« manipulation » et « dramatisation ») étaient diffamatoires. Or, l'expert a dûment explicité, de manière convaincante, en quoi l'impression clinique ne correspondait pas tout à fait aux dires de ce dernier (supra, p.3, § 5).

A cela s'ajoute que l'analyse de la Dresse D_____ de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle semble reposer essentiellement sur la manière dont le patient lui-même ressent et assume ses facultés de travail alors qu'il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible (ATF du 26 juin 2003, I 671/02, consid. 5.2) .

Par ailleurs, s'agissant du trouble hyperkinétique, présent depuis l'enfance, diagnostiqué par la Dresse D_____, il est douteux qu'il revête un caractère invalidant en l'espèce. En effet, comme l'a relevé le Dr C_____ dans son complément d'expertise du 16 mars 2009, l'assuré avait pu, nonobstant cet éventuel trouble, terminer sa scolarité obligatoire et achever un apprentissage de coiffeur. On notera également que l'intéressé a été pareillement en mesure de travailler, à l'âge de 28 ans, pendant un an environ comme guide de plongée sous-marine en Thaïlande. Au demeurant, la psychiatre traitante n'a pas précisé dans quelle mesure ledit trouble entraverait la capacité de travail du recourant à l'heure actuelle, se bornant à indiquer que « la co-occurrence du trouble hyperkinétique et du trouble dépressif récurrent (...) était de nature à expliquer l'incapacité actuelle » (courrier du 28 avril 2009).

Dans ce contexte, on rappellera encore que, selon la jurisprudence, il convient en principe d'évaluer avec circonspection l'avis du médecin traitant, ce dernier étant

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).

Cela étant, force est donc d'admettre que les conclusions de l'expert (et du SMR) ne sont pas valablement contredites par l'avis de la psychiatre traitante en l'occurrence.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère que le recourant ne présente pas, depuis juillet 2006 en tout cas, un trouble dépressif ou un trouble hyperkinétique d'une sévérité telle qu'ils l'empêchent d'exercer toute activité lucrative. Grâce au suivi psychiatrique actuel, on doit admettre au contraire que l'exercice d'un travail est exigible à 100%. Une invalidité de 40% au moins pendant une année résultant des atteintes psychiques invoquées, condition nécessaire pour ouvrir le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI), ne peut ainsi être établie au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales.

Dès lors, force est de constater que l'invalidité de l'assuré n'a subi aucune modification (notable) depuis la décision initiale du 20 septembre 2007, au sens où l'entend l'art. 17 LPGA.

9. Il reste à déterminer si la décision attaquée peut être annulée pour le motif substitué que les conditions d'une reconsidération de la décision du 20 septembre 2007 sont réalisées (consid. 4.3 supra), comme le fait implicitement valoir le recourant.

- 9.1 Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits.

Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 4.1).

- 9.2 En l'occurrence, au vu de l'argumentation exposée ci-avant (consid. 8), on saurait reprocher aux organes de l'assurance-invalidité d'avoir instruit le dossier de manière incomplète ou alors d'avoir commis à l'origine d'autres erreurs manifestes de droit ou de fait. En effet, les éléments médicaux versés au dossier ne

permettent pas de retenir, au degré de vraisemblance requis en matière d'assurances sociales, que l'assuré a subi, durant l'année précédente la décision du 20 septembre 2007, une incapacité de travail (et de gain) justifiant alors l'octroi d'une rente.

- 9.3 Il résulte de ce qui précède que la décision de non entrée en matière du 18 août 2008 ne peut pas non plus être annulée au motif substitué que le refus de la rente était manifestement erroné.

Partant, le recours doit être rejeté.

10. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

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

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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