



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3826/2018

ATAS/970/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 octobre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié p.a. Service de protection de l'adulte
- DCS-SPAd, Service juridique, boulevard Georges-Favon 28,
GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, a obtenu un diplôme d'aide-soignant en 2001. Il a travaillé en cette qualité jusqu'en 2005, année depuis laquelle il est au bénéfice de prestations de l'Hospice général. Divorcé et père d'une fille née en 2000, il fait l'objet d'une mesure de curatelle de portée générale depuis le 30 mars 2012.
2. Le 1^{er} juillet 2013, l'assuré, par l'intermédiaire du Service de protection de l'adulte, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de produits psychotropes, une stéatose hépatique et une polytoxicomanie.
3. Dans un rapport du 11 octobre 2013, le docteur B_____, médecin auprès du service d'addictologie du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), a diagnostiqué une dépendance aux opiacés et à l'alcool depuis l'adolescence. À l'anamnèse, il a relevé une réduction des consommations parallèles, l'absence de comorbidité psychiatrique et somatique, hormis un trouble de l'anxiété sans conséquence remarquable sur le fonctionnement socio-relationnel. Le patient, qu'il suivait depuis juillet 2013, était stable et une amélioration de la thymie et de l'anxiété était relevée, mais il n'était pas possible d'envisager un sevrage de Méthadone et l'incapacité de travail était totale. Le traitement consistait en prise de Méthadone solution, Sertraline et Anxiolit.
4. Le 18 octobre 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué un statut de dépendance aux substances psychotropes. Du 23 avril 2012 au 4 juillet 2013, l'assuré avait séjourné à la Fondation l'EPI à D_____, dont il était le médecin-conseil. L'incapacité de travail était entière depuis l'entrée à l'EPI en raison de restrictions au niveau psychique.

Le médecin a joint son dossier médical, comportant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du service d'abus de substances des HUG relatif à un séjour du 20 au 27 septembre 2004 ; étaient mentionnés les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance avec utilisation actuelle (F12.24) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance avec utilisation épisodique (F14.26) ; il s'agissait de la première hospitalisation de l'assuré qui présentait une dépression de son humeur depuis plusieurs semaines, dont le facteur

principal était un conflit de couple ayant abouti à une séparation ; l'évaluation de la thymie avait permis de conclure à un épisode actuel modéré ; les éléments relatés par l'assuré et son histoire personnelle permettaient de relever une récurrence des épisodes dépressifs depuis l'adolescence ; le patient présentait une dépendance établie de longue date au cannabis, dont l'usage était principalement anxiolytique ; l'usage de la cocaïne était resté ponctuel ;

- un rapport du service d'addictologie des HUG relatif à la consultation ambulatoire du 11 septembre 2009 ; il en ressort que l'assuré avait consommé de façon intense de la cocaïne, jusqu'à 5 g. par jour en fumée, ce qui le calmait ; en 2008, il avait commencé à consommer de l'héroïne, qui le soulageait de la souffrance ; depuis six mois, il en fumait tous les soirs, désormais 1 g. par jour, et ne pouvait plus s'en passer ; il fumait environ 10 joints de cannabis par jour et buvait 5 à 6 litres de bière le weekend ; il souhaitait débiter un traitement de substitution à la Méthadone ;
- des notes du service d'addictologie des HUG relatives à la consultation ambulatoire du 6 janvier 2011 : l'assuré exprimait d'emblée une difficulté avec l'alcool ; il avait durant sa vie toujours remplacé une dépendance par une autre, le cannabis par la cocaïne, la cocaïne par l'héroïne, l'héroïne par l'alcool : il consommait environ 3.5 litres de bière forte par jour et sentait un manque dès le réveil ; il prenait 30 mg de Seresta pour ne pas consommer et dormir le soir ;
- un rapport du 23 mars 2012 du service de radiologie des HUG relatif à une échographie abdominale réalisée le jour même ; cet examen avait mis en évidence une importante stéatose hépatique diffuse avec un parenchyme hépatique hétérogène sans lésion focale visible ;
- un rapport du 25 avril 2012 de l'unité hospitalière d'addictologie du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG suite à un séjour de l'assuré du 19 mars au 4 avril 2012 ; le diagnostic principal était celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) ; étaient mentionnés à titre d'autres diagnostics des troubles mentaux et du comportement sur des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), ainsi que des troubles psychiatriques sur opiacés, syndrome de dépendance, maintenance ou substitution sous surveillance médicale (F11.22) ; il s'agissait de la deuxième hospitalisation en admission ordinaire pour un sevrage d'alcool ; l'assuré était sous traitement de substitution de Méthadone avec un suivi à la consultation ambulatoire ; depuis environ trois ans, il avait arrêté ses consommations d'héroïne et de cocaïne, lesquelles s'étaient intensifiées suite à son divorce en 2002 ; depuis deux ans, il avait des consommations problématiques d'alcool, qui s'étaient rapidement intensifiées, atteignant désormais 1.5 litre de vodka par jour ; ses consommations avaient lourdement pesé sur sa situation personnelle et sociale, avec une détérioration de ses relations familiales ; il sollicitait un sevrage d'alcool afin d'initier une période d'abstinence qui pourrait lui permettre de reprendre de meilleures relations avec sa fille et sa famille et de retrouver une vie plus équilibrée ; le traitement

- médicamenteux comprenait la prise de Méthadone (90 mg 1x/j), d'Anxiolit (30 mg 5x/j + 15 mg 6x/j en réserve), de Zoloft (50 mg 1x/j) et de Movicol (1 sachet 2x/j) ;
- un rapport du 18 mai 2012 de l'unité hospitalière d'addictologie des HUG suite à une troisième hospitalisation de l'assuré, du 16 au 23 avril 2012, pour une consolidation de son sevrage d'alcool en vue de son intégration à l'EPI ; les diagnostics précédemment posés ont été confirmés ; lors du status à l'entrée, la thymie était neutre, sans anxiété, et l'élan vital conservé ; l'évolution était favorable sous une bonne couverture d'Anxiolit 150 mg/jour, ainsi qu'une bonne hydratation orale ;
 - un rapport établi le 26 mai 2013 afin de solliciter une évaluation neuropsychologique ; étaient retenus les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, de troubles mentaux et du comportement sur dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, de troubles psychiatriques sur opiacés, syndrome de dépendance, sans traitement substitutif, de status après une appendicectomie en 1994, d'allergie au pollen, de status après une cure de syndromes aigus des tunnels carpiens bilatéraux en juillet 2012, de stéatose hépatique, de suspicion non confirmée de cardiopathie ischémique (bilan cardiologique en mars 2012), de syndrome de dépendance au tabac et d'état dépressif récurrent ; l'assuré séjournait à l'EPI depuis le 23 avril 2012 et le cadre éducatif avait observé des lacunes cognitives qui interrogeaient sur la possibilité d'une réinsertion professionnelle ;
 - un rapport du 10 juillet 2013 de l'Hôpital intercantonal de la Broye relatif au bilan neuropsychologique qui avait mis en évidence des difficultés de calcul (oral, écrit et arithmétique), un empan verbal déficitaire, une courbe plate d'apprentissage et une capacité attentionnelle limite ; ce tableau témoignait d'une atteinte cognitive légère ; les troubles du calcul étaient probablement liés à un bas niveau d'acquisition et les autres difficultés cognitives observées étaient probablement à mettre en lien avec ses abus de substances.
5. Le 29 octobre 2013, la doctoresse E_____, médecin auprès du service régional médical de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu une polytoxicomanie primaire avec troubles cognitifs secondaires et suggéré une instruction complémentaire quant à la capacité de travail.
6. En date du 13 février 2014, la doctoresse F_____, médecin interne au service d'addictologie des HUG, a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était difficile à évaluer, puisque l'assuré n'avait plus exercé son métier depuis le début de ses consommations, quatre ans et demi plus tôt. Lors de sa consultation du 1^{er} novembre 2013, l'assuré s'était décrit comme très angoissé avec des troubles du sommeil importants, avis partagé par son entourage. Un nouveau médicament avait alors été introduit, mais l'assuré ne s'était plus présenté, de sorte qu'elle n'avait pu évaluer l'évolution de la situation.

7. La Dresse E_____ ayant préconisé une expertise psychiatrique avec un bilan neuropsychologique comparatif à celui de juillet 2013, l'OAI a mandaté le département de santé mentale et de psychiatrie des HUG pour ce faire.
8. Par courrier du 11 mai 2015, la doctoresse G_____, médecin interne au service de psychiatrie des HUG, a informé l'OAI que le premier rendez-vous avait bien été honoré, mais que l'assuré ne s'était pas présenté aux trois suivants. Après une ultime convocation, il s'était rendu au rendez-vous, qu'il avait écourté pour des raisons personnelles.
9. En date du 6 juillet 2015, le professeur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, et la Dresse G_____ ont rendu leur rapport d'expertise, basé sur des entretiens avec l'assuré, l'étude du dossier médical et du dossier de l'OAI, ainsi que sur des entretiens téléphoniques avec Monsieur I_____, psychologue, la doctoresse J_____, psychiatre à la consultation ambulatoire, et le père de l'assuré.

Après avoir résumé l'anamnèse professionnelle et sociale, l'évolution de la maladie et les résultats des thérapies, les éléments rapportés par les tiers et les données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle, les experts ont rapporté les plaintes et les données subjectives de l'assuré, puis livré le résultat de leur examen clinique.

Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent (F33.1) depuis 1994, d'intensité légère à modérée, des troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) depuis 2013, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F12.24) depuis 2013, des troubles psychiatriques sur opiacés, syndrome de dépendance, avec maintenance ou substitution sous surveillance médicale (F11.22) depuis 2009, et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). A également été mentionnée, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail, une stéatose hépatique depuis 2012.

Dans leur appréciation du cas, les experts ont expliqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent et de syndrome de dépendance à de multiples substances était fondé sur un status mental fluctuant avec une thymie triste, une anhédonie, une importante fatigue avec une perte d'énergie, une labilité émotionnelle, un sentiment de culpabilité et des rechutes fréquentes dans les dépendances. Le parcours de vie évoquait des difficultés dans la relation à l'autre, avec une récurrence de peur de l'abandon et des efforts, souvent désespérés à maintenir la relation, évoquant une personnalité émotionnellement labile. Ses comportements étaient souvent impulsifs. Malgré les différentes mesures prises dans le passé (traitement antidépresseur, thérapie par l'hypnose, foyers éducatifs, psychothérapie, suivi en addictologie), l'assuré présentait toujours des épisodes dépressifs et consommait de multiples

substances à forte dépendance. Du fait de la nature de ses troubles, ainsi que de leur impact sur le fonctionnement social et interpersonnel, le pronostic était réservé, avec une diminution de la capacité de travail. Une prise en charge plus intensive, psychothérapeutique et psycho-éducative, ainsi que des ajustements du traitement psychopharmacologique, pourraient réduire l'intensité des symptômes. La difficulté de l'assuré à faire des concessions et à accepter un cadre psycho-éducatif, due à la nature même de son trouble de la personnalité, représentait un obstacle au bon déroulement d'une telle prise en charge. Toutefois, une activité professionnelle à temps partiel, avec un cadre structuré, pourrait avoir un effet bénéfique et une amélioration clinique, devenir une ressource dans le futur.

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont retenu qu'il existait des limitations psychiques et mentales. Les épisodes dépressifs récurrents engendraient aussi une importante fatigue et contribuaient à la diminution de l'attention, de la concentration et de l'estime de soi. L'assuré souffrait également de dépendances à plusieurs substances, réduisant partiellement ses compétences cognitives, ses capacités attentionnelles et de concentration. De plus, en raison du trouble de la personnalité de type borderline, les relations à autrui pouvaient être compliquées, rendant difficiles la collaboration et le respect des consignes d'un travail professionnel. Il existait des limitations sociales en lien avec ces troubles. Les limitations psychiques et mentales décrites réduisaient sensiblement la capacité de travail de l'assuré dans toute activité et la capacité de travail résiduelle était évaluée à 25%, soit deux heures par jour. L'incapacité de travail existait depuis 2006, mais elle avait transitoirement diminué en 2013, lorsque l'assuré avait bénéficié du cadre psycho-éducatif du foyer de l'EPI. Les troubles psychiques rendaient très difficile une adaptation à un environnement professionnel. Toutefois, le travail dans un milieu valorisant pouvait être une occasion d'améliorer l'image de soi. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. Une réduction des consommations d'alcool et de cannabis améliorerait la capacité attentionnelle et de concentration, et une amélioration thymique permettrait d'acquérir plus de régularité dans la discipline exercée. L'assuré devrait bénéficier d'un suivi psychiatrique soutenu et régulier qui ne se limitait pas à la gestion des addictions, mais touchait l'ensemble de ses problèmes psychiatriques.

10. Sur demande du SMR, les experts ont rendu un complément d'expertise le 12 septembre 2015. Répondant aux questions posées, ils ont exposé que l'assuré avait commencé à consommer plusieurs substances (alcool, cannabis et cocaïne) à la fin de l'année 2002, depuis que son épouse avait obtenu la garde de leur fille. Les consommations étaient devenues problématiques à partir de 2004, où un arrêt maladie avait été établi et une hospitalisation en psychiatrie nécessaire. L'invalidité actuelle était due à la comorbidité d'un trouble dépressif récurrent présent et d'un trouble de la personnalité borderline. Ces deux pathologies étaient en soi suffisantes pour engendrer la baisse de sa capacité de travail. La polytoxicomanie devait être considérée comme un élément accompagnant le trouble de la personnalité et la

perturbation affective, mais n'en était en aucun cas la cause. Il était possible que les dépendances aient entraîné des séquelles potentiellement irréversibles au niveau neuropsychologique. Toutefois, ces séquelles ne pourraient être objectivables qu'après un sevrage de plusieurs mois pouvant permettre un bilan neuropsychologique fiable à comparer avec celui réalisé en 2013. Les personnes souffrant de dépendances étaient plus à risques de développer des comorbidités psychiatriques. Les dépendances pouvaient ainsi favoriser le déclenchement de comorbidités psychiatriques, mais elles en étaient rarement la seule cause. Dans le cas de l'assuré, les dépendances entretenaient son trouble de l'humeur dans un cercle vicieux bien connu. En cas d'arrêt des consommations de toxiques, il était fort probable que le tableau psychique soit partiellement réversible. Un sevrage permettrait non seulement une amélioration des compétences cognitives et des capacités d'attention et de concentration, mais aussi une amélioration de l'efficacité de la prise en charge du trouble de l'humeur. La capacité de travail médico-théorique dans l'activité habituelle d'aide-soignant et dans une activité habituelle était de 25%, soit deux heures par jour. Une incapacité de travail avait été temporaire lors du premier arrêt maladie, avec une amélioration en 2005 et l'assuré avait alors pu exercer à nouveau sa profession. Puis, en 2006, la nouvelle rechute avait provoqué une incapacité de travail de 75%. Il y avait eu une diminution du degré de l'incapacité de travail transitoirement en 2013, lorsque l'assuré avait bénéficié du cadre psycho-éducatif à l'EPI.

11. Le 19 octobre 2015, la doctoresse K_____, médecin auprès du SMR, a retenu que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité légère à modérée (F33.1), d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), d'un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.25), d'un syndrome de dépendance au cannabis (F12.24) et d'un syndrome de dépendance aux opiacés (F11.22). L'incapacité de travail était de 75% depuis 2006 et les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigue, un trouble de l'attention et de la concentration, et des difficultés interpersonnelles. La mise en place d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique d'au moins 15 séances était nécessaire et une révision du dossier une année plus tard était proposée.
12. Le 17 décembre 2015, la Dresse K_____ a précisé que son précédent rapport se basait sur l'expertise des HUG. L'atteinte incapacitante retenue était un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était d'intensité légère à modérée. La dépression était entretenue par l'alcoolisme et le sevrage pourrait aboutir à une amélioration de la capacité de travail, pour autant que les séquelles cognitives ne soient pas irréversibles. Un suivi psychiatrique et addictologique étaient exigibles et il conviendrait de réviser le dossier une année plus tard.
13. Par décision du 10 mars 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière avec effet rétroactif à partir du 1^{er} janvier 2014, compte tenu d'un degré d'invalidité de 75%. Il a noté que le SMR estimait qu'un traitement était raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail, et rappelé à l'assuré

qu'il était tenu de contribuer à la diminution du dommage et de suivre régulièrement le traitement médical exigé en rapport avec la situation actuelle.

14. Le 11 janvier 2017, l'OAI a procédé à la révision du dossier de l'assuré.
15. Le 28 mars 2017, la doctoresse L_____, médecin auprès de la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique des HUG (ci-après : la CAAP), n'a retenu aucun diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail. Elle a en revanche mentionné, à titre de diagnostics n'ayant pas de tels effets, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance (F11). Elle a indiqué que l'assuré, qu'elle suivait depuis le 1^{er} novembre 2015, avait réduit ses consommations d'opiacés, mais augmenté celles d'alcool. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ni somatique, hormis un trouble de l'anxiété sans conséquences remarquables sur le fonctionnement socio-relationnel. Elle a ajouté que le patient était stable, avec une amélioration de la thymie et de l'anxiété. Les consommations d'alcool variaient selon ses contrariétés de la vie (whiskey 100 ml). Le traitement consistait en la prise de Méthadone (75 mg), d'Anxiolit (15 mg – 150 mg/j) et de Sertaline (50 mg/j). Une activité lucrative n'était pas exigible et on ne pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle, respectivement à l'amélioration de la capacité de travail.
16. Le 6 avril 2017, le SMR a considéré que la situation semblait ne pas avoir beaucoup évolué.
17. Le 2 janvier 2018, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a relevé que, suite au suivi mis en place à la CAAP dès le 1^{er} novembre 2015, le psychiatre avait constaté, après quinze mois de prise en charge, une amélioration de la thymie et de l'anxiété, avec la réduction des consommations d'opiacés. Cependant, la dépendance à l'alcool persistait, empêchant l'assuré de travailler et de s'intégrer dans la société. Le psychiatre traitant ne retenait plus de comorbidités psychiatriques incapacitantes, ni de limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, il convenait de conclure que le syndrome de dépendance était d'origine primaire et n'avait plus valeur d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.
18. En date du 5 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de supprimer sa rente d'invalidité.
19. Le 14 février 2018, l'assuré a contesté la position de l'OAI et soutenu que son état de santé ne s'était pas amélioré.

Il a produit un rapport du 9 février 2018 de la doctoresse N_____, médecin interne au service d'addictologie des HUG, qui le suit depuis novembre 2017. Elle a noté que l'assuré était connu pour des troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), des troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, avec un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22), des troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de

dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.2). Sur le plan psychiatrique, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent (F33.00) et d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) qui avaient été palliés par la consommation active de 4.5 litres de bière forte par jour, deux-trois joints par jour en sus du traitement anxiolytique de Seresta (150 mg/j). Par le passé, l'assuré avait également bénéficié d'un traitement antidépresseur. Il se plaignait d'une labilité émotionnelle importante et d'une faible tolérance à la frustration, s'inscrivant dans son trouble de la personnalité et entraînant des conséquences sur le plan social (isolement), familial (rupture et conflit) et professionnel. Dans ce contexte, un suivi intégré psychiatrique et psychothérapeutique avec l'introduction d'un nouvel antidépresseur était envisageable. Le pronostic était réservé compte tenu de la nature des troubles psychiatriques et leur impact sur le fonctionnement social, familial et interpersonnel. Une reprise du travail à 100% n'était pas exigible en raison de la stationnarité du tableau clinique avec une labilité émotionnelle importante, une faible tolérance au stress et un risque de rechute de la dépression. Une reprise du travail à 30% pouvait être envisagée avec un cadre structuré et dans un milieu valorisant.

20. Le 28 mars 2018, la Dresse M_____ a relevé que le sevrage n'avait pas été effectif et que le traitement antidépresseur avait été interrompu, sans que l'on en connaisse les raisons. Le trouble de la personnalité demeurait à l'origine des difficultés, qui n'avaient cependant pas empêché l'assuré de travailler durant plusieurs années. Le risque de rechute de la dépression ne constituait pas un critère médical motivant une incapacité de travail. Elle a en outre constaté une divergence dans l'appréciation de l'exigibilité par les médecins du CAAP. Compte tenu de ces discordances et de l'intrication d'atteintes psychiatriques et d'addictions multiples non sevrées, une expertise psychiatrique était proposée.
21. L'OAI a confié la réalisation de cette expertise au docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin au Centre médical de psychothérapie cognitive à Lausanne.
22. En date du 5 juin 2018, le Dr O_____ a adressé une convocation à l'assuré, soit pour lui le service de protection de l'adulte, pour un premier rendez-vous fixé au 3 août 2018 et un second au 25 septembre 2018.
23. L'assuré ne s'est pas présenté à la première convocation.
24. Le 3 août 2018, le Dr O_____ lui a envoyé une nouvelle convocation pour le 25 septembre 2018 à 14h.
25. Par sommation du 6 août 2018, adressée à l'assuré au service de protection de l'adulte, l'OAI a relevé que l'intéressé ne s'était pas présenté à la convocation du 3 août 2018 et lui a rappelé son obligation de collaborer. Elle a attiré son attention sur les conséquences en cas de refus inexcusable de se conformer à l'obligation de renseigner ou de collaborer. L'« autre expertise » était prévue « le 25 août » à 14h.

26. Le même jour, l'OAI a accordé à l'assuré un délai au 21 août 2018 pour lui fournir une explication quant à son absence. À défaut de motif valable, les frais inhérents à l'expertise seraient mis à sa charge.
27. L'assuré ne s'est pas présenté à la convocation du 25 septembre 2018.
28. Par décision du 27 septembre 2018, envoyée le 3 octobre 2018 et reçue le lendemain, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré. Il a relevé que ce dernier ne s'était pas présenté aux convocations de l'expert malgré la sommation du 6 août 2018, et qu'en l'état du dossier, il n'était pas en mesure d'établir l'existence d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Dans ces conditions, le droit à la rente devait être nié.
29. Par acte du 31 octobre 2018, l'assuré, représenté par le service de protection de l'adulte, a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à son annulation, à ce qu'il soit dit qu'une expertise n'est pas nécessaire au vu des rapports médicaux convergents, à ce qu'il soit constaté que son état de santé ne s'est pas amélioré et à l'octroi d'une rente entière pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il conclut à ce qu'il soit constaté qu'il n'a pas refusé de manière inexcusable de collaborer à l'instruction de son dossier et à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de poursuivre l'instruction de la cause en lui accordant une nouvelle opportunité de se présenter aux rendez-vous qui lui seront fixés.

En substance, le recourant s'interroge sur le bien-fondé de l'expertise, dès lors que les Dresses L_____ et N_____ ont constaté qu'une reprise d'activité professionnelle n'est pas compatible avec son état de santé, resté stationnaire, et que le SMR a approuvé ces deux avis.

Il ajoute que s'il n'a pas honoré les rendez-vous fixés, c'est en raison de ses troubles du comportement et mentaux, lesquels affectent sa vie sur les plans social, familial et professionnel.

La Dresse N_____ a recommandé un traitement, mais n'a plus eu de ses nouvelles depuis mars 2018 et toute démarche administrative est difficile à effectuer.

Il y a eu péjoration de sa thymie.

Le recourant dit ne pas être opposé à l'instruction de son dossier et s'engager à collaborer avec l'intimé pour que sa situation médicale actuelle soit établie.

30. Dans sa réponse du 28 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.
Après avoir rappelé que l'état de santé du recourant n'avait pas empêché ce dernier de se rendre à une expertise médicale dans le cadre de l'instruction de sa première demande, l'intimé souligne que la Dresse L_____ a noté une amélioration de la thymie et de l'anxiété, l'absence de comorbidité psychiatrique ou somatique, à l'exception du trouble anxieux sans conséquences remarquables sur le fonctionnement socio-relationnel.

Il relève que la convocation et la sommation ont été adressées au représentant du recourant, dont il s'étonne qu'il ne soit pas intervenu.

Enfin, il se réfère à l'avis du SMR, qui estime que la non-présentation à l'expertise ne peut être imputée à l'atteinte à la santé du recourant et doit donc être qualifiée d'inexcusable. Il produit à cet égard l'avis émis par la doctoresse P_____, médecin auprès du SMR, le 27 novembre 2018. Ce médecin estime qu'aucune des atteintes à la santé du recourant n'entrave sa capacité de discernement car même dans les cas de trouble de la personnalité décompensée, les personnes sont capables de comprendre la situation et les conséquences de leurs actes. La non-présentation à l'expertise ne peut donc être considérée comme liée à l'atteinte à la santé. Même un épisode dépressif sévère n'entrave pas la capacité de compréhension.

31. Par écriture du 14 janvier 2019, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions.

Il produit un rapport du 9 janvier 2019 du docteur Q_____, médecin interne au service d'addictologie des HUG, confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.00), de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, (F10.25), de syndrome de dépendance aux opiacés, avec un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22), de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.2). Ce rapport indique que le traitement consiste en la prise de Méthadone (70 mg), de Becozyme Forte (1 cp), de l'Oxazeoam (150 mg/j) et de Sertraline (50 mg/j). L'assuré consomme environ 300 ml de vodka par jour et deux à trois joints de cannabis, dans un but principalement anxiolytique, en plus du traitement psychotrope. Le traitement introduit par son prédécesseur, soit un suivi intégré psychothérapeutique avec des antidépresseurs et anxiolytiques, est maintenu. Néanmoins, compte tenu de la nature des troubles psychiatriques et de leur impact, le pronostic est réservé. L'incapacité à reprendre le travail est d'actualité en raison de la stationnarité du tableau clinique avec une labilité émotionnelle importante, une faible tolérance au stress et un risque de rechute de dépression.

32. Le 13 février 2019, l'intimé a maintenu sa position.

Il a communiqué un rapport établi le jour même par la Dresse P_____, laquelle relève que les atteintes rapportées par le Dr Q_____ étaient déjà connues du SMR et que le recourant poursuit ses consommations toxiques.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA).

Le recours, interjeté le 31 octobre 2018 dans la forme prescrite par la loi contre la décision du 27 septembre 2018, notifiée le 4 octobre 2018, est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de supprimer la rente du recourant pour défaut de collaboration.
4. a. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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.

b. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). 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 dernière décision entrée en force 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

En outre, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_226/2013 du 4 septembre 2013 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015).

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

6. a. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt de principe du 11 juillet 2019 (arrêt 9C_724/2018), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. a. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

Conformément à l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée, sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent, toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1, 1^{ère} phrase). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

L'art. 7b al. 1 LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA.

b. Selon la jurisprudence, l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.3, in SVR 2010 IV n° 30 p. 94 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_372/2015 du 19 février 2016).

L'office AI peut suspendre les prestations en cas de violation de l'obligation de collaborer. Une telle sanction suppose toutefois que les informations demandées en vain soient nécessaires pour clarifier la situation ou pour fixer les prestations, qu'elles ne soient pas accessibles autrement sans frais disproportionnés et que les

renseignements refusés en violation fautive de l'obligation de collaborer soient pertinents pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_345/2007 du 26 mars 2008 consid. 4 ; circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité, valable dès le 1^{er} janvier 2015 (CIIAI), ch. 7014). Si l'office AI cesse de verser des prestations parce que l'assuré manque à son obligation de collaborer à une procédure de révision, la procédure est reprise par la suite en tant que procédure de révision si l'assuré accepte de nouveau de remplir cette obligation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2015 du 29 février 2016 consid. 4 ; CIIAI ch. 7015).

c. Dans un arrêt rendu le 6 juillet 2017 (ATAS/617/2017), la chambre de céans a considéré que l'intimé ne pouvait supprimer la rente, mais la suspendre, ce qui « aurait permis, d'une part, à la recourante de réagir en expliquant les raisons de son absence au rendez-vous et en tentant d'amener la preuve du fait que son état de santé ne s'était pas amélioré, d'autre part, à l'intimé d'instruire le dossier en questionnant la recourante sur la raison de son absence au rendez-vous précité mais aussi sur son suivi psychiatrique et d'obtenir un rapport médical. Enfin, un nouveau rendez-vous pour une expertise médicale aurait pu être fixé à la recourante, en parallèle de la mesure de suspension de sa rente d'invalidité ». La chambre de céans a en conséquence annulé dans ce cas la décision de suppression de la rente, jugée disproportionnée, pour la remplacer par une décision de suspension, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

9. a. En l'espèce, la Cour de céans rappelle tout d'abord que l'intimé a accordé au recourant, par décision du 10 mars 2016, une rente entière dès le 1^{er} mars 2014 compte tenu d'un degré d'invalidité de 75%.

Il avait alors retenu, sur la base des avis du SMR des 19 octobre et 17 décembre 2015, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du 6 juillet 2015 et son complément du 12 septembre 2015, que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à modérée, d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline, de troubles mentaux et du comportement liés à des syndromes de dépendance à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigue, des troubles de l'attention et de la concentration, et des difficultés interpersonnelles. L'incapacité de travail était de 75%.

b. La révision de la rente a été initiée au début de l'année 2017 conformément à la proposition du SMR, dès lors que les experts mandatés en 2015 avaient indiqué qu'une réduction des consommations d'alcool et de cannabis améliorerait les capacités attentionnelles et de concentration, et qu'une amélioration thymique permettrait d'acquérir plus de régularité dans la discipline exercée. Les experts avaient également exposé qu'il était possible que les dépendances aient causé des séquelles irréversibles, mais que de telles séquelles ne pourraient être objectivables qu'après un sevrage de plusieurs mois permettant un nouveau bilan neuropsychologique.

Il s'agissait donc pour l'intimé de déterminer si un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité du recourant, était survenu depuis le prononcé de sa décision initiale.

10. a. Dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé a reçu un rapport du 28 mars 2017 de la Dresse L_____. Ce document comporte plusieurs contradictions. Ainsi, il ne mentionne aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais retient qu'une activité lucrative n'est pas exigible et qu'on ne peut pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Cette appréciation présuppose en outre une aggravation de la situation suite à la décision initiale du 10 mars 2016 puisque cette dernière concluait à une capacité de travail de 25%. Or, la Dresse L_____ a indiqué que le recourant était « stable », sans allusion aucune à une dégradation de l'état de santé.

De surcroît, ce rapport semble reprendre telle quelle l'anamnèse du Dr B_____ du 11 octobre 2013, dont la mention d'une « réduction des consommations » de certaines substances, « l'absence de comorbidité psychiatrique », la notion de « trouble de l'anxiété sans conséquences remarquables sur le fonctionnement social-relationnel » ou encore le fait que le recourant était « stable avec une amélioration de la thymie et de l'anxiété ». Or, les constatations du Dr B_____ ont été mises à mal par l'expertise de 2015, laquelle a révélé un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité, ainsi que des limitations psychiques et sociales avec notamment des difficultés d'adaptation. Dans ces conditions, le rapport de la Dresse L_____ ne paraît pas fiable.

L'intimé a également reçu un rapport du 9 février 2018 de la Dresse N_____. Cette dernière a confirmé les diagnostics retenus par les experts en 2015 et ajouté celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques. Elle a estimé que le tableau clinique était stationnaire et conclu qu'une reprise du travail à 30% pouvait être envisagée, « avec un cadre structuré et dans un milieu valorisant ». Ce rapport n'apparaît pas non plus probant. Non seulement l'évaluation de la capacité de travail n'est pas motivée, mais la référence au « cadre structuré » et au « milieu valorisant » permet en outre de s'interroger sur la réelle capacité de travail du recourant dans l'économie libre. De plus, l'appréciation de ladite capacité ne tient pas compte des indicateurs développés par la jurisprudence et applicables aux troubles psychiques depuis l'ATF 143 V 409. On relèvera encore que les raisons pour lesquelles le traitement antidépresseur a été interrompu ne sont pas précisées.

b. Partant, la convocation du recourant à une expertise était exigible, conformément à l'art. 43 al. 2 LPGA.

11. a. Le recourant a dûment été convoqué par l'expert le 5 juin 2018 pour deux entretiens, le premier fixé au 3 août 2018 et le second au 25 septembre 2018. Ces missives ont été adressées au service de protection de l'adulte, dès lors que l'intéressé fait l'objet d'une curatelle de portée générale.

Le recourant ne s'est pas présenté au premier rendez-vous, si bien qu'il a été sommé de se conformer à son obligation de collaborer. Il ne s'est toutefois pas rendu non plus à la seconde convocation. Le service de protection de l'adulte n'a pas justifié ou tenté d'expliquer l'absence de l'intéressé à ces deux entretiens, quand bien même l'intimé a accordé au recourant un délai au 21 août 2018 pour lui fournir une explication quant à son absence. Ce n'est qu'au stade du recours qu'il a fait valoir un empêchement en raison des troubles psychiques et du comportement. Il convient cependant de rappeler que l'instruction médicale menée par l'intimé suite à la première demande de prestations n'avait mis en évidence aucune incapacité à s'acquitter de tâches administratives et que le recourant s'était rendu, certes après plusieurs relances, aux entretiens. Une sommation n'avait alors pas été nécessaire.

Aucune pièce du dossier ne fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis l'expertise de 2015 qui permettrait de penser qu'il ne serait plus apte à répondre à une convocation médicale.

b. Par conséquent, l'intimé était en droit de considérer que le recourant refusait de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de la procédure de révision et ce, de manière inexcusable.

12. Il convient à présent d'examiner si l'intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité du recourant.

a. La Cour de céans rappelle que l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA, dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé.

En l'occurrence, le recourant, qui a manqué de manière inexcusable à son devoir de collaboration, a toutefois produit le rapport du 9 février 2018 de la Dresse N_____. Ce document confirme les diagnostics retenus en 2015, en y ajoutant celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, et mentionne que le tableau clinique est stationnaire. L'intéressé a donc rendu vraisemblable que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la décision initiale.

b. L'intimé ne pouvait donc pas supprimer la rente du recourant, mais il devait, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations jusqu'à ce que le recourant se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. En effet, en raison du refus du recourant de coopérer pendant la période de versement de prestations, l'intimé aurait dû suspendre ces dernières par mesure de précaution puisqu'une nouvelle évaluation psychique était nécessaire pour établir les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle du recourant.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité du recourant est remplacée par la suspension de celle-ci et la cause renvoyée à l'intimé pour expertise et nouvelle décision au sens des considérants.

Le recourant, représenté par le service de protection de l'adulte, n'a pas droit à des dépens.

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité du recourant est remplacée par la suspension de celle-ci.
3. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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