

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4594/2008

ATAS/515/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 5 mai 2009**

En la cause

Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié  
c/o N \_\_\_\_\_,  
aux ACACIAS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1962, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1994. Il a travaillé en qualité de nettoyeur auprès de la société X\_\_\_\_\_ SA jusqu'au 30 décembre 1999, suite à quoi il a perçu des indemnités de chômage. Dès le 27 mars 2001, il a présenté une incapacité de travail durable, en raison de troubles dépressifs.
2. Le 24 juin 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rééducation dans la même profession. Il a indiqué souffrir d'un état dépressif.
3. Par rapport du 2 septembre 2002, un médecin de la Clinique de Belle-Idée a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.2). L'état de santé de l'assuré s'améliorait et des mesures professionnelles étaient indiquées.
4. Par rapport du 5 novembre 2002, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), à la Consultation des Acacias, a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.11), de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission complète et de traits de personnalité dépendante, troubles ayant débuté en 1999. La capacité de travail de l'assuré était nulle dès le mois de juin 2002, date de son admission à l'Hôpital de jour. Il présentait un épisode dépressif avec une tristesse récurrente, un manque d'énergie, une fatigabilité et des idées noires, qui augmentaient sa consommation d'alcool et accentuaient sa dépression. L'assuré avait déjà été hospitalisé de manière volontaire à trois reprises à la Clinique de Belle-Idée afin de procéder à un sevrage d'alcool et d'améliorer son état thymique. D'un point de vue psychique, l'assuré ne présentait aucune symptomatologie ayant pour conséquence une invalidité, dans la mesure où il pouvait bénéficier d'un suivi structuré.
5. Dans un rapport du 24 avril 2003, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin au Département de psychiatrie des HUG, Secteur Jonction, a posé les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif avec pensées obsédantes au premier plan (F42.0), de phobies sociales (F42.0) et de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.26), diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait dès le mois de février 2001 une totale incapacité de travail en tant qu'aide jardinier ou comme employé dans le domaine de l'hôtellerie, étant précisé toutefois que cette incapacité de travail était actuellement de 50% au

moins. L'état de santé s'améliorait et des mesures professionnelles étaient indiquées. Le médecin a constaté qu'il existait une tristesse, une dévalorisation et un terrain anxieux sévère avec prédominance d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC). Elle a enfin relevé que les particularités familiales et le fait qu'il avait subi des agressions sexuelles à l'adolescence avaient une influence prépondérante sur ses troubles psychiques.

6. Par courrier du 10 juillet 2003, la Dresse A \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2003. La reprise de travail devait notamment prendre en considération les troubles psychiques en traitement, soit le TOC (F42.0), les phobies sociales (F40.1) ainsi que les troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (F10.26).
7. Le 28 janvier 2004, la Dresse A \_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis une année et que les diagnostics de TOC (F42.0) et de phobies sociales (F40.1), diagnostics présents depuis l'adolescence, avaient toujours une influence sur la capacité de travail. L'assuré présentait une capacité de travail de 50% et travaillait du reste en tant que manutentionnaire à 50% auprès de l'Association Réalise. Le médecin a précisé que son patient avait fait une rechute alcoolique récente, mais qu'il était à nouveau abstinente et a joint à son rapport un résumé de séjour attestant d'une hospitalisation aux HUG, s'étant déroulée du 5 au 12 décembre 2003.
8. Suite à une conversation téléphonique avec la Dresse A \_\_\_\_\_, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué, dans son avis du 20 septembre 2002, que l'assuré avait été perturbé par le départ de son épouse et de son fils au Portugal. Les troubles de la personnalité et l'état dépressif récurrent étaient en relation avec les traumatismes survenus à l'adolescence. La psychothérapie avait été stoppée après un séjour de deux à trois mois au Portugal, attendu que le TOC était en rémission. Le médecin n'avait pas revu l'assuré depuis deux mois environ.
9. Dans un rapport du 20 janvier 2005, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin à la Consultation de la Jonction, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec pensées, ruminations obsédantes au 1<sup>er</sup> plan (F42.0), de phobie sociale (F40.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F10.20), diagnostics présents depuis quelques années, et de traits de personnalité émotionnellement labile, de type borderline, présents depuis l'adolescence. Tous les diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait, d'après lui, une totale incapacité de travail depuis 2001 dans l'activité de nettoyeur ou d'employé dans le domaine de l'hôtellerie. Son état de santé s'améliorait et sa capacité de travail pouvait être améliorée par des

mesures médicales. Le médecin a indiqué que l'assuré présentait une humeur triste et dépressive, des angoisses fréquentes, une diminution de l'appétit, des fluctuations au niveau du sommeil, une baisse d'énergie, une anhédonie, une idéation suicidaire présente il y a quelques mois, actuellement sous contrôle et des idées récurrentes et intrusives de nature obsédante avec thématique sexuelle et agressive. Durant la dernière entrevue, le médecin n'avait cependant relevé ni idéation suicidaire hétéro-agressive ou obsédante significative ni hallucinations ou idées délirantes. L'assuré présentait, en revanche, un ralentissement psychomoteur d'intensité moyenne.

10. Par courrier du 14 octobre 2005, le Dr C \_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que les consultations avaient lieu toutes les deux à trois semaines, mais que l'assuré n'avait pas un suivi régulier, ne s'étant plus présenté à la Consultation de la Jonction depuis deux semaines. Un avis de recherche avait été envoyé aux autorités compétentes. Le médecin a considéré que l'assuré souffrait d'un état dépressif majeur sévère de longue date qui ne répondait que partiellement au traitement médicamenteux et aux entretiens de soutien et d'un trouble obsessionnel compulsif, présent depuis plusieurs années. Il a conclu qu'une reprise de travail ne pouvait pas être envisagée et préconisait un traitement plus intensif.
11. Par décision du 24 octobre 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles, attendu que son état de santé ne lui permettait pas d'en entreprendre.
12. Dans un avis du 25 octobre 2005, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a retenu qu'au vu des récidives, l'état de santé de l'assuré nécessitait d'être stabilisé par traitement, avant qu'une reprise de l'activité lucrative puisse être envisagée.
13. Par courrier du même jour, l'OCAI a informé l'assuré qu'un degré d'invalidité de 100% lui était reconnu, mais a souligné qu'il lui appartenait de tout mettre en œuvre pour diminuer son atteinte à la santé et le dommage économique en résultant. L'OCAI a ainsi requis de l'assuré qu'il suive un traitement psychothérapeutique régulier, susceptible d'améliorer sa capacité de travail.
14. Par décision du 9 mars 2006, une rente entière a été allouée à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> mars 2002.
15. Suite à l'ouverture d'une procédure de révision en juin 2007 par l'OCAI, l'assuré a indiqué, par questionnaire du 29 juin 2007, que son état de santé ne s'était pas modifié.
16. Par rapport intermédiaire du 10 octobre 2007, la Dresse D \_\_\_\_\_, médecin traitant qui suivait l'assuré pour ses atteintes somatiques, a déclaré qu'elle ne l'avait pas revu depuis le mois de février 2006.

17. Par courrier du 31 octobre 2007, le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département de psychiatrie des HUG, a informé l'OCAI que l'assuré n'était plus suivi à la Consultation de la Jonction depuis le 28 mars 2006.
18. Dans une note de travail du 6 novembre 2007, une gestionnaire de l'OCAI a retranscrit un entretien téléphonique avec l'assuré, selon lequel celui-ci avait changé d'adresse et cherchait un nouveau médecin traitant. Le gestionnaire lui a alors demandé de lui faire parvenir par écrit sa nouvelle adresse ainsi que les coordonnées de son médecin traitant actuel.
19. D'une nouvelle note du 7 janvier 2008, il ressort que l'assuré a transmis à l'OCAI sa nouvelle adresse mais ne se rappelait plus de sa dernière visite chez un médecin. Le gestionnaire de l'OCAI l'a sommé d'en consulter un et de lui envoyer ses coordonnées d'ici au 20 janvier 2008 et l'a rendu attentif au fait que, sans nouvelles de sa part, sa rente d'invalidité allait être suspendue.
20. Par communication écrite du 7 février 2008, l'OCAI a sommé l'assuré de lui faire parvenir jusqu'au 28 février 2008 les informations sollicitées aux mois de novembre 2007 et janvier 2008 relatives à son médecin traitant. En l'absence de réponse dans le délai imparti, l'OCAI l'a informé qu'une décision serait prise sur la base du dossier en sa possession et que sa rente d'invalidité serait suspendue.  
  
Cette communication, envoyée en recommandé à l'adresse mentionnée par l'assuré sans indication du nom du locataire principal, a été retournée à l'OCAI, avec la mention « destinataire est introuvable à l'adresse indiquée ».
21. Par projet de décision du 30 avril 2008, l'OCAI a signalé à l'assuré la suppression de sa rente d'invalidité dès le mois d'avril 2008. L'OCAI a retenu qu'il ne lui avait pas fourni sa nouvelle adresse comme cela lui incombait, au vu des retours de correspondances, et qu'en l'absence de renseignements concernant son état de santé et sa situation économique, il n'était pas en mesure de procéder à l'instruction du dossier. De plus, l'assuré avait été surpris par l'autorité de contrôle (MSST) en train de travailler sur un chantier, ce qui rendait hautement vraisemblable le fait qu'une modification des circonstances médicales et économiques permettant une révision de la rente était intervenue. L'OCAI a considéré que l'assuré n'avait pas respecté son obligation de renseigner et que son comportement pouvait être qualifié d'inexcusable.
22. Par courrier du 15 mai 2008, l'assuré a contesté ledit projet de décision, indiquant que le Dr C\_\_\_\_\_ avait été son médecin traitant jusqu'au mois de mai 2007, ce qu'attestait le Dr E\_\_\_\_\_. Par ailleurs, il avait effectivement travaillé pendant trois jours, mais uniquement pour payer la pension alimentaire de son fils, n'ayant eu aucun autre revenu à disposition. Il a également informé l'OCAI qu'il était suivi depuis le 6 mai 2008 pour son état dépressif par le Centre des thérapies brèves de la Jonction (CTB), puis par la Dresse F\_\_\_\_\_. Enfin, il n'avait pas

donné suite à la demande de renseignements du mois de février 2008, en raison de son mauvais état psychique.

23. Sur requête de l'OCAI, le Dr G\_\_\_\_\_, médecin au CTB des Pâquis, a expliqué, le 11 juin 2008, que l'assuré avait ponctuellement bénéficié, le 6 mai 2008, d'un « appui pour des nuits au CTB des Pâquis » et d'un encadrement infirmier, sans prise en charge médicale. L'assuré était en effet suivi à la Consultation de la Jonction.
24. Sur demande de l'OCAI, l'assuré a indiqué qu'il avait travaillé pour l'entreprise. X\_\_\_\_\_ du 21 au 23 avril 2008, à raison de 5 heures le premier jour et de 8 heures le deuxième et le troisième jours.
25. Par rapport du 3 juillet 2008, la Dresse F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec pensées, ruminations obsédantes au premier plan (F42.0), de phobie sociale (F40.1), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, avec utilisation actuelle de la substance (F10.24) et de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail et existant depuis des années. Le médecin a considéré que l'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis 2001 dans sa précédente activité et qu'une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue. Les limitations fonctionnelles concernaient son humeur triste, dépressive, ses angoisses fréquentes, ses difficultés dans les relations interpersonnelles, son ralentissement psychomoteur modéré, ses troubles de la concentration, ses difficultés à organiser ses journées, ses idéations suicidaires et la présence d'idées récurrentes intrusives de nature obsédante avec thématique sexuelle et agressive. Ces limitations se manifestaient au travail par une aboulie, une anhédonie, une diminution importante du rendement et des conflits relationnels. Tant sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées.

Le médecin a indiqué que la tenue et l'hygiène de l'assuré étaient négligées, son discours ralenti, mais cohérent et organisé. Il présentait également une thymie « du versant dépressif sévère » avec une diminution de l'élan vital, une diminution de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité envahissant, des idées noires, pessimistes vis-à-vis de l'avenir, des troubles du sommeil, un repli sur soi, un isolement social et une diminution de l'appétit. Il n'existait cependant pas de symptôme psychotique. Selon le médecin, la situation de l'assuré tendait vers une probable chronicité des épisodes dépressifs sévères entrecoupés de périodes de stabilité grâce à un suivi médical régulier, une compliance médicamenteuse et une abstinence à l'alcool.

De l'anamnèse il ressort, entre autres, qu'après le maintien d'une période d'abstinence alcoolique, l'assuré avait fait une rechute de quelques mois durant l'année 2004 et avait pu s'en abstenir jusqu'à la fin de l'année 2007. En juillet 2004, l'assuré avait également présenté une rechute dépressive sévère, mais depuis octobre 2004, une amélioration de la thymie dépressive avec disparition des idées suicidaires était intervenue. Le suivi psychiatrique s'était fait jusqu'au mois de mars 2006, suite à quoi l'assuré avait cessé tout traitement médicamenteux. L'assuré n'a repris contact avec le CTB Jonction qu'en mai 2008 en raison d'une rechute dépressive sévère et d'une reprise régulière de sa consommation d'alcool. Il a également avoué au médecin qu'il avait dû travailler durant deux jours pour pouvoir rembourser ses dettes accumulées en jouant au casino.

26. Par questionnaire du 25 août 2008, Monsieur X\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que l'assuré avait travaillé en qualité de manœuvre du 21 au 23 avril 2008 auprès de l'entreprise X\_\_\_\_\_ et a joint le contrat de travail y relatif. Il a également indiqué que l'assuré s'était plaint de douleurs dès le troisième jour de travail.
27. Sur requête de l'OCAI, le Département de psychiatrie des HUG lui a fait parvenir, au mois d'octobre 2008, les résumés de séjour d'hospitalisation en sa possession. Il en ressort que l'assuré y a été hospitalisé six fois, soit notamment du 10 mai au 25 juin 2002, du 18 au 23 décembre 2002, du 5 au 10 décembre 2003, et du 24 juin au 14 juillet 2008. Dans le résumé de séjour du 13 octobre 2008, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique, a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25, diagnostic principal) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de syndrome de stress post-traumatique (PTSD - F43.1), de jeu pathologique (F63.0), de personnalité dépendante (F60.7) et de dysidrose palmo-plantaire avec dermatophytose. Le médecin a relevé que l'assuré avait repris une consommation massive d'alcool depuis six mois, après une longue période d'abstinence et que son état dépressif s'était aggravé avec l'apparition d'idées suicidaires. Depuis la prise en charge psychiatrique, l'assuré avait fait trois rechutes successives et ne s'était récemment plus rendu en consultation, de sorte qu'une hospitalisation à Belle-Idée avait été nécessaire. Le sevrage d'alcool s'était déroulé sans complication et sa thymie triste s'est améliorée pendant son séjour. Le médecin a considéré que l'assuré était particulièrement fragile et qu'il semblait avoir développé une dépendance au jeu, qui l'aurait conduit à travailler illicitement pour payer ses dettes et que, du reste, le dépistage d'un trouble d'hyperactivité (THADA), fréquemment associé au jeu pathologique, s'était révélé positif. Il a estimé qu'«il devrait être possible de soutenir Monsieur M\_\_\_\_\_ auprès de l'AI, dans la mesure où son comportement fait partie de son trouble et qu'il choisit de se prendre en charge». Dès la fin de son hospitalisation, l'assuré devait être

suivi à la consultation de la Jonction et débiter un suivi de son addiction à la Consultation des Acacias.

28. Par avis du 4 novembre 2008, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté que la dernière hospitalisation de l'assuré pour sevrage alcoolique s'était très bien passée et que l'éthylisme n'avait ainsi pas entraîné de conséquences importantes. Par ailleurs, le fait que l'assuré n'avait pas eu de traitement pendant plusieurs années démontrait qu'il n'existait pas de trouble psychiatrique notable, l'assuré s'étant du reste senti capable de retravailler, même si ce n'était que pendant trois jours. Le médecin a retenu qu'en l'absence de pathologie, il n'y avait plus de raisons justifiant une incapacité de travail et a ajouté qu'« évidemment après la suppression de la rente, il est normal d'avoir des soucis ».
29. Par décision du 3 décembre 2008, l'OCAI, se fondant sur une violation du devoir d'information de l'assuré et sur l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, attestant d'une amélioration de son état de santé, a confirmé son projet de décision de suppression de rente dès le mois d'avril 2008.
30. Par courrier du 12 décembre 2008, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a déclaré avoir été en rupture de traitement du printemps 2006 au mois d'avril 2008. Après une période de bien-être en avril 2006, il avait toutefois rapidement subi une période de dépression et n'avait plus eu la force de contacter ses soignants. Il a précisé avoir travaillé quelques jours en 2008 après la suspension de sa rente, afin de pouvoir rembourser un de ses amis.
31. Par écriture complémentaire du 22 janvier 2009, l'assuré a produit une attestation médicale du Dr I \_\_\_\_\_, médecin interne au Département de psychiatrie des HUG, secteur Jonction, duquel il ressort que l'assuré avait été longuement suivi à la Consultation de la Jonction et au programme spécialisé « dépression » jusqu'en 2006. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère (F33.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26). Il a remarqué que l'assuré avait interrompu son suivi entre 2006 et 2008, ce qui était très fréquent chez des patients ayant des troubles psychiques, mais que cela ne signifiait pas qu'il n'avait plus présenté de tels troubles durant cette période. Selon lui, l'état de santé psychique de l'assuré s'était même péjoré pendant cette période. Le médecin a enfin souligné que depuis le mois de mai 2008, l'assuré venait régulièrement à ses consultations, était compliant, mais que lors du dernier entretien, il présentait une péjoration thymique, avec une recrudescence de symptômes anxieux et dépressifs dans le contexte de grandes difficultés familiales.

L'assuré a également indiqué qu'il n'avait pas perçu de rente au mois d'avril 2008, ce que la décision de l'OCAI attestait et qu'il n'avait eu aucun autre moyen de subsistance, raison pour laquelle il avait dû emprunter de l'argent à un ami pour vivre et n'avait eu d'autre choix que de travailler quelques jours sur un chantier pour le rembourser.

32. Par courrier du 23 janvier 2009, l'assuré a complété une deuxième fois les termes de son recours. Il a déclaré qu'il lui était difficile d'accepter le fait d'être atteint d'un trouble psychique chronique et d'avoir un suivi médicamenteux à vie et a évoqué les effets secondaires du traitement difficiles à supporter, comme les prises de poids, la sensation d'être un robot ou encore les problèmes de vue ou de dents. Ses « flash back » lui faisaient perdre le sens de la réalité et lui provoquaient des crises d'angoisse, l'alcool étant le seul des remèdes durant ces périodes. En avril 2006, il a arrêté ses médicaments, ayant cédé à la tentation d'« être comme tout le monde », mais a alors présenté une nouvelle période de dépression. C'est également à ce moment-là que son épouse a quitté le domicile conjugal, dont il a été expulsé en date du 17 janvier 2007, n'étant plus en mesure de payer seul le loyer. Depuis quelques mois, soit depuis juillet 2007 et après avoir passé une période à dormir parfois dans la rue, il a été hébergé par un ami. Il a ainsi conclu que dans ces conditions, il ne pouvait pas recevoir de courrier et n'avait pas non plus été en mesure de remplir son devoir d'information envers l'OCAI. L'assuré a enfin produit un courrier du Service des évacuations attestant de l'exécution de l'évacuation en date du 17 janvier 2007.
33. Par avis du 10 février 2009, le Dr B \_\_\_\_\_ du SMR a rappelé que l'assuré n'avait pas été suivi entre 2006 et 2008, de sorte qu'il n'était pas possible de déterminer quel avait été son état de santé à cette époque. Un trouble dépressif pouvait, d'après lui, s'améliorer avec le traitement et donc fluctuer selon les périodes.
34. Par réponse du 13 février 2009, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision. D'une part, il allègue que l'assuré n'a pas respecté son devoir de collaboration. En effet, bien qu'il ait reçu le questionnaire pour la révision de rente en juin 2007, il n'avait communiqué son changement d'adresse qu'en novembre 2007 et n'avait pas fait suite aux sommations concernant la communication des coordonnées de son médecin traitant. D'autre part, l'OCAI fait valoir que l'assuré avait repris une activité lucrative à plein temps, ce dont il ne l'avait pas informé. De plus, en l'absence de suivi médical depuis 2006, il était manifeste que son état de santé s'était amélioré.
35. Suite à la transmission de la réponse de l'OCAI à l'assuré, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA est ainsi applicable.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 56, 58 et 60 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relative à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente entière de l'assuré dès le mois d'avril 2008.
5. Il y a lieu tout d'abord d'examiner si l'assuré a violé son devoir de collaborer envers l'OCAI.
6. En vertu de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeur doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). 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 (al. 2).

D'après 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. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1).

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).

Aux termes de l'art. 69 al. 2 RAI, si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 aRAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3; TFA non publié U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Si l'acte d'instruction auquel s'est soustrait sans motif valable l'assuré se révèle nécessaire et exigible, le juge des assurances sociales ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 aRAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), était correcte. Il n'ordonne la mise en oeuvre d'une instruction complémentaire que si les faits lui apparaissent insuffisamment élucidés indépendamment du complément d'instruction requis par l'administration (cf. RAMA 2001 n° U 414 p. 90 consid. 4b et les références; ATFA non publié I 700/02 du 24 juin 2003 consid. 2.3).

7. En l'espèce, l'OCAI a supprimé la rente entière de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 2008, considérant que celui-ci avait de manière inexcusable violé son devoir de collaborer dans le cadre de la procédure de révision initiée en juin 2007.

Lors d'un entretien téléphonique du 7 novembre 2007, l'OCAI a sollicité de l'assuré qu'il lui communique sa nouvelle adresse et les coordonnées de son nouveau médecin traitant. Lors d'un entretien subséquent du 7 janvier 2008, l'assuré a fourni à l'OCAI son adresse actuelle et l'OCAI a requis qu'il se rende chez un médecin et lui envoie ses coordonnées jusqu'au 20 janvier 2008. L'assuré n'ayant pas fait suite à sa requête, l'OCAI l'a, le 7 février 2008, sommé par écrit de lui faire parvenir les informations concernant son médecin traitant, en l'absence de quoi sa rente d'invalidité serait supprimée. Ce courrier a, cependant, été retourné à l'OCAI, l'assuré étant resté introuvable à l'adresse mentionnée.

Il apparaît que l'OCAI a certes procédé, le 7 février 2008, à une mise en demeure écrite conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, l'assuré ne lui ayant pas transmis les coordonnées de son médecin traitant. Toutefois, le courrier de l'OCAI ne comportait pas l'adresse exacte de l'assuré, soit le nom du locataire principal chez lequel il logeait, raison pour laquelle le courrier a été retourné à l'OCAI. Aussi ne peut-il pas être reproché à l'assuré, qui avait pourtant donné son adresse exacte à l'OCAI, de ne pas avoir donné suite à un courrier qu'il n'a jamais reçu.

Il doit également être tenu compte du fait que l'assuré a, d'après ses médecins psychiatres, subi une rechute dépressive sévère et a repris régulièrement la consommation d'alcool en tous les cas dès la fin de l'année 2007. D'après le Dr H\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG, son comportement fait du reste partie de son trouble. L'état de santé psychique de l'assuré ressortant du dossier conforte ainsi le Tribunal de céans dans le fait qu'il n'a pas violé de manière inexcusable son devoir de collaborer à l'instruction du dossier.

Au demeurant, au lieu d'attendre de l'assuré qu'il se rende chez un médecin de son choix, l'OCAI aurait pu le convoquer à un examen SMR, afin de déterminer son état de santé. Une telle mesure d'instruction pouvait aisément être entreprise par l'OCAI, mais tel n'a pas été cas.

Au vu de tout ce qui précède, l'OCAI ne pouvait se fonder sur une violation du devoir de collaboration de l'assuré à l'instruction du dossier pour supprimer sa rente d'invalidité.

8. Reste à déterminer si l'OCAI pouvait supprimer la rente de l'assuré se fondant sur une amélioration notable de son état de santé. Afin de déterminer si les conditions de la révision sont remplies, son état de santé au moment de la décision litigieuse sera comparé à celui existant en date du 9 mars 2006.
9. Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

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

11. En juin 2002, l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité, étant en totale incapacité de travail depuis le mois de mars 2001 et souffrant de troubles dépressifs. En janvier 2005, le Dr C \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec pensées, ruminations obsédantes au 1<sup>er</sup> plan (F42.0), de phobie sociale (F40.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20), diagnostics présents depuis quelques années, et de traits de personnalité émotionnellement labile, de type borderline, présents depuis l'adolescence. Tous les diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait, d'après lui, une totale incapacité de travail depuis 2001 dans l'activité de nettoyeur ou d'employé dans le domaine de l'hôtellerie. Le Dr C \_\_\_\_\_ a également informé l'OCAI, en date du 14 octobre 2005, que les consultations avaient lieu toutes les deux à trois semaines, mais que l'assuré n'avait pas un suivi régulier, ne s'étant plus présenté à la Consultation de la Jonction depuis deux semaines. Un avis de recherche avait été envoyé aux autorités compétentes. Le médecin a considéré que l'assuré souffrait d'un état dépressif majeur sévère de longue date, qui ne répondait que partiellement au traitement médicamenteux et aux entretiens de soutien, et d'un trouble obsessionnel compulsif, présent depuis plusieurs années. Il préconisait un traitement plus intensif.

Suite à ces rapports, le Dr B \_\_\_\_\_ a retenu, le 25 octobre 2005, qu'au vu des récidives présentées par l'assuré, son état de santé nécessitait une stabilisation par traitement avant qu'une reprise de l'activité lucrative ne puisse être envisagée.

C'est sur cette base que l'OCAI a, par décision du 9 mars 2006, alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2002 et qu'il avait requis, en date du 25 octobre 2005, qu'il suive un traitement psychothérapeutique susceptible d'améliorer sa capacité de travail.

12. Dans le cadre de la procédure de révision, la Dresse F\_\_\_\_\_ a posé, le 3 juillet 2008, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec pensées, ruminations obsédantes au premier plan (F42.0), de phobie sociale (F40.1), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, avec utilisation actuelle de la substance (F10.24) et de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail et existant depuis des années. Le médecin a considéré que l'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis 2001 dans sa précédente activité et qu'une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue. Les limitations fonctionnelles concernaient son humeur triste, dépressive, ses angoisses fréquentes, ses difficultés dans les relations interpersonnelles, son ralentissement psychomoteur modéré, ses troubles de la concentration, ses difficultés à organiser ses journées, ses idéations suicidaires et la présence d'idées récurrentes intrusives de nature obsédante avec thématique sexuelle et agressive. Ces limitations se manifestaient au travail par une aboulie, une anhédonie, une diminution importante du rendement et des conflits relationnels. Tant sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Selon le médecin, la situation de l'assuré tendait vers une probable chronicité des épisodes dépressifs sévères entrecoupés de périodes de stabilité grâce à un suivi médical régulier, une compliance médicamenteuse et une abstinence à l'alcool.

En outre, l'assuré a été hospitalisé au Département de psychiatrie des HUG pendant trois semaines entre juin et juillet 2008. Le Dr H\_\_\_\_\_ a notamment posé, en date du 13 octobre 2008, les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25, diagnostic principal) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de syndrome de stress post-traumatique (PTSD - F43.1), de jeu pathologique (F63.0) et de personnalité dépendante (F60.7). Le médecin a relevé que l'assuré avait repris une consommation massive d'alcool depuis six mois, après une longue période d'abstinence et que son état dépressif s'était également aggravé avec l'apparition d'idées suicidaires. Depuis la prise en charge psychiatrique, l'assuré avait fait trois rechutes successives et ne s'était récemment plus rendu en consultation, de sorte qu'une hospitalisation à Belle-Idée avait été nécessaire. Le sevrage d'alcool s'était déroulé sans complication et son humeur s'était améliorée pendant son séjour. Le médecin a considéré que l'assuré était particulièrement fragile et qu'il semblait avoir développé une dépendance au jeu. Il a estimé qu'«il devrait être possible de soutenir Monsieur M\_\_\_\_\_ auprès de l'AI, dans la mesure où son comportement fait partie de son trouble et qu'il choisit de se prendre en charge». Dès la fin de son hospitalisation, l'assuré

devait être suivi à la consultation de la Jonction et débiter un suivi de son addiction à la Consultation des Acacias.

Suite à ce rapport, le Dr B \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'hospitalisation s'était bien passée et que l'éthylisme n'avait pas entraîné de conséquences importantes. Le fait que l'assuré n'avait pas eu de suivi psychiatrique pendant quelques années et qu'il avait travaillé pendant trois jours démontrait qu'il n'existait pas de trouble psychiatrique notable. Il a ainsi retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, celui-ci ne souffrant d'aucune pathologie psychiatrique, de sorte qu'il n'existait aucune incapacité de travail.

C'est au vu du rapport du Dr B \_\_\_\_\_ que l'OCAI a supprimé la rente entière de l'assuré dès le mois d'avril 2008.

13. L'assuré soutient qu'il a certes été en rupture de traitement du printemps 2006 au mois d'avril 2008, mais que son trouble psychiatrique notable n'a pas disparu. Il produit à cet égard, dans le cadre de son recours, un courrier du Dr I\_\_\_\_\_.
14. Il est vrai que d'après une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).
15. En l'espèce, cependant, le rapport du Dr I\_\_\_\_\_, établi après la décision litigieuse, porte en grande partie sur des faits survenus antérieurement à cette décision. Il doit, en tout état de cause, être pris en considération, les faits exposés étant étroitement liés à l'objet du litige. Il en ressort que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère (F33.2), d'un état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26). Le médecin a remarqué que l'assuré avait interrompu son suivi entre 2006 et 2008, ce qui était très fréquent chez des patients ayant des troubles psychiques, mais que cela ne signifiait pas qu'il n'avait plus présenté de tels troubles durant cette période. Selon lui, l'état de santé psychique de l'assuré s'était même péjoré pendant cette période. Le médecin a souligné que la compliance était optimale.

Au vu de ce rapport, il doit d'ores et déjà être constaté qu'il ne peut rien être tiré du fait que l'assuré ne s'est pas rendu chez un médecin pendant près de deux ans.

16. En outre, à lecture du dossier, il apparaît certes que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré au milieu de l'année 2006 et pendant une période indéterminée, toutefois, il s'est à nouveau péjoré en tous les cas à la fin de l'année 2007.

En effet, la Dresse F \_\_\_\_\_ a posé, au mois de juillet 2008, les mêmes diagnostics que le Dr C \_\_\_\_\_ au mois de janvier 2005, soit avant la décision initiale de l'OCAI, et a très clairement conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle et que le pronostic lié à la reprise d'une activité lucrative était sombre. Les limitations fonctionnelles de l'assuré ainsi que les constatations objectives et les plaintes de l'assuré ont également été exposées dans son rapport. Ainsi, même si la Dresse F \_\_\_\_\_ était le psychiatre traitant de l'assuré, son rapport complet revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

Quant au Dr H \_\_\_\_\_, il a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et d'une amélioration de l'état thymique de l'assuré après une hospitalisation de trois semaines, toutefois, il n'a pas établi dans quelle mesure les diagnostics retenus avaient une répercussion sur sa capacité de travail et n'a pas déterminé ses limitations fonctionnelles.

Enfin, le Dr I \_\_\_\_\_ a réaffirmé le fait que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère et a soutenu que son état de santé s'était même détérioré depuis 2006. Il n'a pas non plus établi sa capacité de travail.

Le Tribunal constate, au vu du rapport complet de la Dresse F \_\_\_\_\_, confirmé par les constatations du Dr I \_\_\_\_\_ et en partie par le Dr H \_\_\_\_\_, que l'état de santé de l'assuré n'a pas subi de modification notable depuis la première décision de l'OCAI en mars 2006. En effet, les nombreux diagnostics posés en 2008, identiques à ceux retenus en 2005, entraînent une totale incapacité de travail et aucune reprise de l'activité lucrative n'est envisagée. De plus, après plusieurs rechutes depuis le début du suivi psychiatrique de l'assuré en mai 2008 et suite à une rupture de traitement, une hospitalisation de trois semaines avait à nouveau été nécessaire, hospitalisation suivie de prises en charge psychiatrique et addictologique obligatoires, conditions au retour de l'assuré chez lui.

On ne comprend ainsi pas sur quelle base le Dr B \_\_\_\_\_ peut constater que l'assuré ne présente plus de pathologie psychiatrique, alors même que les médecins posent des diagnostics ayant des répercussions importantes sur la capacité de travail et que l'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé. Comme l'indique du reste le Dr B \_\_\_\_\_, son état psychique peut fluctuer durant les périodes, soit notamment s'améliorer, raison pour laquelle il avait arrêté tout traitement au mois d'avril 2006. Toutefois, bien que ses troubles psychiques se sont amendés durant un certain temps, il apparaît clairement à lecture des rapports des Drs F \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ qu'ils se sont en tous les cas gravement péjorés à la fin de l'année

2007, à tel point que tous les diagnostics présents en 2005 avaient à nouveau été retenus. La reprise d'une activité lucrative par l'assuré pendant une période très restreinte de trois jours ne saurait remettre en cause les conclusions médicales. Le Tribunal de céans constate qu'au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, l'assuré n'est pas capable de travailler sur une période plus longue.

17. Au vu de tout ce qui précède, les conditions de la révision ne sont pas remplies, l'état de santé de l'assuré n'ayant pas subi de modification notable entre mars 2006 et décembre 2008 et aucun motif de révision ne ressortant clairement du dossier.

18. Reste à se prononcer sur une éventuelle reconsidération.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Au vu du dossier, rien ne permet de conclure que la décision rendue par l'OCAI en date du 9 mars 2006 était manifestement erronée, de sorte qu'une reconsidération ne saurait intervenir.

19. Le recours de l'assuré sera dès lors admis et la décision de l'OCAI annulée. Le droit de l'assuré à une rente sera confirmé.

Il appartiendra néanmoins à l'assuré de poursuivre de manière assidue son suivi psychiatrique et addictologique tant que faire se peut, ainsi que tout traitement pharmacologique prescrit par ses médecins. L'OCAI pourra quant à lui prévoir une révision de la rente dans un délai raisonnable.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 3 décembre 2008.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.
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

La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste: Diane E. KAISER

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