

GE_GERICHTE A/4432/2017 vom 3. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4432_2017

FR: GE_GERICHTE A/4432/2017 du 3 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/4432/2017 del 3 luglio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 03.07.2018
A/4432/2017

A/4432/2017 ATAS/629/2018 du 03.07.2018 (AI), ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4432/2017 ATAS/629/2018
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 3 juillet 2018 2 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE
DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant),
né en 1971 et d'origine franco-britannique, a obtenu, en 1994, un diplôme en hôtellerie et
restauration de l'école hôtelière de Lausanne. En 1993, pris de boisson, il a provoqué un
grave accident de la circulation par choc frontal, lors duquel son amie – qui était sa
passagère – et le conducteur de l'autre véhicule ont été tués. Il a développé un stress
post-traumatique. Un délai cadre de l'assurance-chômage lui a été ouvert du 4 juillet 1995
au 13 juillet 1997, mais l'assuré a renoncé à être placé avec effet au 18 juin 1996.
Le 9 décembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de
l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures
professionnelles selon l'évolution ultérieure de son état de santé. Il présentait une incapacité
de travail totale depuis le « 17 octobre 1997 » en raison d'une affection médicale chronique
présente depuis 1991. Dans un rapport du 14 septembre 1998, le
docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a précisé que l'atteinte à la santé
datait de 1993, que l'assuré avait besoin d'un traitement depuis le 6 juin 1995 et que son
incapacité de travail était entière depuis le 17 octobre 1996. Il a diagnostiqué, d'une part, un
trouble affectif probable avec syndrome de stress post-traumatique, des affects dépressifs
évoquant un trouble dépressif récurrent, une dysthymie secondaire à des sevrages de
cocaïne, et d'autre part, une polypharmacodépendance au tabac, à l'alcool, au cannabis, aux
benzodiazépines, à l'héroïne intraveineuse et à la cocaïne intraveineuse. Le père de l'assuré,
journaliste parlementaire, se montrait très affirmatif, assertif, disqualifiant et était
vraisemblablement responsable d'un certain degré d'abus éducatif de types psychique et
physique (maltraitance). L'assuré s'était initié dans la prime adolescence notamment à
l'alcool, aux amphétamines, chroniquement et intensivement au cannabis. Il avait eu des
périodes d'utilisation abusives d'alcool, voire de dépendance. L'usage d'héroïne et de
cocaïne avait commencé à l'âge de 17 ans, la pharmacodépendance probable à l'héroïne
injectée à l'âge de 22 ans (1993) et le traitement de maintenance à la méthadone dès l'âge
de 24 ans. La pharmacodépendance s'était aggravée en relation avec le stress
post-traumatique lié à son accident, ainsi qu'à la maltraitance éducative physique et
psychique. Dans sa polyconsommation, l'assuré prenait des risques considérables. Cette
prise de risques était très consciente, délibérée et proche d'un état suicidaire. La prise de
substances, en particulier de cocaïne, s'aggravait sous traitement malgré plusieurs

hospitalisations pour tentatives de sevrage, traitement psychiatrique et hospitalisation prolongée au Canada pendant trois mois. L'assuré présentait des états importants d'excitation et une irritabilité qui n'étaient pas seulement l'expression de l'usage intensif et du sevrage de cocaïne. Cet état psychique s'accompagnait d'affects dépressifs très importants, d'une tendance suicidaire, en particulier dans sa prise de risques avec les substances et ses relations sexuelles, ainsi que d'une tristesse fondamentale avec l'absence de désirs de changement et d'énergie disponible pour une vie plus saine. Il semblait souvent psychologiquement épuisé, sans ressort, alternativement avec des périodes de débordement énergétique. Selon le Dr B_____, il y avait dans l'énergie psychique exagérée et les affects dépressifs graves de l'assuré des éléments d'un trouble affectif majeur, qui pourrait s'exprimer plus tard comme un trouble bipolaire vrai ou comme un état dépressif récurrent. Le trouble clinique, bien qu'il ne fût pas encore caractéristique, ne pouvait pas être mis uniquement en relation avec le sevrage, mais il constituait des signes révélateurs d'un état primaire. Vu l'aggravation de l'état de l'assuré durant les trois années de son suivi, qui avait pris fin en février 1998, le pronostic évolutif de cette polydépendance avec une comorbidité majeure était très réservé et l'incapacité de travail totale était définitive.!

4. Dans un rapport du 27 mars 2001, la doctoresse C_____, interne à la consultation Navigation de l'unité de toxicodépendance des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une hépatite C chronique apparue en 1997, une toxicodépendance à l'héroïne et à la cocaïne, ainsi qu'une gynécomastie probablement d'origine médicamenteuse. L'assuré avait été suivi au niveau somatique par elle-même du 12 janvier 2000 au 26 avril 2000 dans le cadre de l'hépatite C chronique et d'un bilan en raison d'une gynécomastie. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, la Dresse C_____ a indiqué que la toxicomanie n'était pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique. Elle a précisé qu'il fallait envoyer le même questionnaire à la doctoresse D_____, médecin assistant, pour évaluer les problèmes psychiatriques.!

5. À réception du questionnaire envoyé par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) à la Dresse D_____, la Dresse C_____ a répondu que la consultation Navigation n'était pas en mesure de répondre de façon satisfaisante audit questionnaire, l'assuré ayant interrompu son suivi depuis avril 2000.!

6. Dans un questionnaire reçu le 10 septembre 2002 par l'OAI, l'assuré a indiqué qu'actuellement il n'avait pas de médecin traitant, que son état de santé s'était amélioré depuis le dépôt de sa demande, qu'il serait absent quelques mois, qu'il ne travaillait pas et n'était pas au chômage.!

7. Dans son appréciation du 7 janvier 2003, le médecin de l'OAI a exposé que l'essentiel de la documentation médicale reposait sur le rapport du Dr B_____, qui était assez complet, mais était malheureusement ancien. Comme cela arrivait souvent dans les cas de toxicomanie, l'instruction avait été entravée par le comportement imprévisible de l'assuré, dont la toxicodépendance persistait si on se référait au rapport de la Dresse C_____. Il s'agissait d'un toxicomane, HIV positif, atteint d'une hépatite C chronique et dont la psychopathologie, décrite comme assez sévère en 1998, avait peu de chances de s'être amendée ou de s'être substantiellement améliorée entre-temps. La réactualisation de la documentation médicale et la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avaient si peu de chances d'aboutir qu'il proposait d'accorder une rente sur la base d'une incapacité de travail de 100 % dès le 17 octobre 1996. !

8. Dans un avis du 13 janvier 2003, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé de convoquer l'assuré pour un examen psychiatrique au SMR, afin de lever le doute sur les avis contradictoires exprimés par les

divers médecins. ![/endif]>[/if] 9. L'assuré ne s'étant pas présenté aux convocations pour examen par le SMR prévu le 17 février 2003, puis le mardi 8 avril, l'OAI lui a ordonné, par sommation du 7 mai 2003, de lui retourner jusqu'au 2 juin 2003 une déclaration signée par laquelle il s'engageait à collaborer et acceptait de se soumettre à un examen par le SMR. Il a précisé qu'il était autorisé à refuser ses prestations si l'assuré se soustrayait aux mesures d'évaluation auxquelles on pouvait raisonnablement exiger qu'il se soumit. S'il n'obtempérait pas dans le délai imparti, l'OAI statuerait sur la base de son dossier et il devait s'attendre à ce que sa demande soit rejetée. ![/endif]>[/if] 10. Dans une note du 16 juin 2003, le gestionnaire a proposé de statuer en l'état du dossier et d'accorder à l'assuré une rente entière du 17 octobre 1997 au 31 janvier 2000. En effet, le rapport du Dr B_____ retenait une incapacité de travail totale dès le 17 octobre 1996 alors que, dans ses rapports, la Dresse C_____ attestait d'une capacité de travail entière dès le 12 janvier 2000 et considérait que la toxicomanie n'était ni la conséquence, ni le « symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale ». Il y avait lieu d'en déduire que l'état de santé de l'assuré s'était grandement amélioré dès le mois de janvier 2000. Puis, dans une note du 19 juin 2003 après entretien avec le juriste de l'OAI, le gestionnaire a indiqué que sa proposition n'était pas défendable, car si la toxicomanie n'était pas la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale en février 2000, il en allait de même dès le début de l'incapacité de travail attestée en octobre 1996. ![/endif]>[/if] 11. Par courrier du 19 juin 2003 adressé au gestionnaire de l'OAI, la mère de l'assuré s'est référée à un entretien téléphonique de mai 2003 lors duquel elle avait expliqué que son fils n'avait pas répondu aux divers courriers car il se faisait soigner à l'étranger. Il avait trouvé un programme qui semblait bien lui convenir, de sorte qu'il pensait ne pas avoir recours aux services de l'OAI. ![/endif]>[/if] 12. Par décision du 11 juillet 2003, ce dernier a rejeté la demande. Il a considéré que l'assuré ne s'était pas présenté aux convocations envoyées par le SMR sans motif valable et qu'il n'avait pas répondu à la sommation dans le délai de réflexion, de sorte qu'il y avait lieu de se prononcer en l'état du dossier. Il ressortait de l'ensemble de la documentation médicale que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxicodépendance qui n'entraînait pas d'atteinte à sa santé physique ou mentale nuisant à sa capacité de gain et qui ne résultait pas d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante. N'ayant pas été attaquée, la décision est entrée en force. ![/endif]>[/if] 13. Le 24 septembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente de l'AI. L'atteinte à la santé avait été causée par une maladie et un accident. Il avait présenté un accident cérébral avec rupture d'anévrisme en 2001. Il souffrait d'un syndrome des jambes sans repos depuis 2001 et d'une hépatite C depuis 1989. ![/endif]>[/if] 14. Par décision du 19 février 2016, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande au motif que l'assuré ne faisait valoir aucun fait nouveau et n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle de son état de santé depuis la décision du 11 juillet 2013. ![/endif]>[/if] 15. Dans un rapport du 29 mars 2016, le docteur E_____, chef de clinique au service d'addictologie des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et qu'il y avait eu un changement dans les diagnostics. Avec influence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe depuis 1996 (F63.1), un état de stress post-traumatique depuis 1993 (F43.1), un trouble dépressif récurrent – épisode actuel moyen – depuis 1996 (F33.1), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés – syndrome de dépendance avec suivi actuel d'un régime de maintenance ou de substitution – sous surveillance médicale depuis 1996 (F11.22). Sa vie avait basculé à la

suite des conséquences mortelles de l'accident de 1993 qui était encore présent dans ses pensées avec des flashbacks quotidiens et une culpabilité permanente. Depuis lors, il n'avait jamais réussi à prendre son indépendance et à s'assumer complètement du fait de ses troubles psychiques. Les mesures thérapeutiques consistaient en un suivi intensif et régulier à la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique Arve (ci-après : CAAP) avec des entretiens médico-infirmiers. L'aggravation était devenue manifeste et avait influencé négativement la capacité de travail depuis 1996, qui était nulle dans un poste de diplômé de l'école hôtelière depuis le 17 novembre 1996. On ne pouvait pas envisager un retour au travail ultérieurement dans le même métier ou un autre métier. La compliance était optimale et il existait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'assuré était suivi dans le centre depuis 1999.

16. Dans un avis du 20 octobre 2016, le SMR a estimé, au vu du rapport du Dr E_____, que même si, à l'époque, le service juridique avait considéré la toxicomanie comme primaire, il semblait judicieux de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de se prononcer sur l'état de santé et l'exigibilité depuis le refus du 11 juillet 2003. Il y avait également lieu d'examiner si la cause de l'invalidité était d'ordre psychiatrique ou si la toxicomanie était primaire.

17. Par communication du 26 janvier 2017, l'OAI a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour clarifier le droit aux prestations. Il mandatait le professeur F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ainsi que Madame G_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Il a joint les questions posées à l'expert. Dans un délai de dix jours, l'assuré pouvait lui transmettre les questions complémentaires qu'il souhaitait poser et les éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre de l'expert.

L'assuré a eu deux entretiens avec le Prof. F_____, les 23 mai et 12 juin 2017, ainsi qu'une évaluation neuropsychologique le 7 juin 2017.

Selon le rapport d'expertise du 19 juin 2017, à la suite de mauvaises fréquentations, l'assuré avait débuté une consommation de cannabis à l'âge de 13 ans, de LSD à 15 ans, d'ecstasy à 16 ans, de cocaïne à 17 ans, puis d'héroïne dès 18 ans. Il avait commencé cette consommation par imitation et intérêt pour la nouveauté, puis avait continué pour les effets apaisants de ces substances dans certaines périodes tragiques de sa vie, mais aussi pour éviter l'effet de sevrage. Il avait tenté une première cure de désintoxication à la consultation de la Navigation avec prescription de méthadone, mais sans succès, puis une deuxième tentative pendant six mois au Canada, qui s'était également soldée par un échec. Il était parti à Hanoï pour une nouvelle cure de désintoxication de deux à trois mois et avait rechuté à son retour, puis, à la fin 1997, il était reparti au Vietnam où il avait réitéré la cure qui avait alors été un succès. Elle lui avait permis de rester abstinent aux drogues dures pendant six ans, sa consommation se limitant au cannabis et à l'alcool de manière festive, soit une consommation contrôlée dans le cadre d'un syndrome de dépendance. L'assuré avait progressé rapidement sur le plan professionnel en étant en charge d'un « building » de grande taille, puis il avait trouvé du travail en Thaïlande dans l'immobilier et la nanotechnologie des bois. En 2001, il avait été victime d'une rupture d'anévrisme qui avait nécessité son hospitalisation à Singapour durant six mois. En 2002, il avait replongé. En 2007, sous l'influence de l'alcool, il avait été victime d'un grave accident de moto qui avait nécessité de multiples interventions avec hospitalisation de trois mois sur place et mise sous opioïdes en raison des douleurs récidivantes. Dans ce contexte, il avait repris une consommation de substances psychoactives et était rentré à Genève. Depuis ce moment-là, il n'avait plus eu aucune activité professionnelle. De 2007 à 2016, il s'était rendu aux locaux d'injection et depuis février, il était placé sous morphine. La consommation d'alcool

était restée stable jusqu'en 2007 avec une augmentation importante en 2011. L'expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool – syndrome de dépendance, utilisation continue dès l'adolescence – (F10.02), liés à l'utilisation des opioïdes – syndrome de dépendance, sous substitution dès le début de l'âge adulte – (F11.2), liés à l'utilisation des dérivés du cannabis – syndrome de dépendance, utilisation continue dès l'adolescence – (F12.2), un trouble de la personnalité – émotionnellement labile – type borderline (F60.31) dès le début de l'âge adulte et une dysthymie (F34.1) dès 2007. S'agissant de l'interaction des diagnostics, l'assuré avait présenté une polytoxicodépendance grave qui s'était installée progressivement dès l'adolescence et devait être considérée comme étant de nature primaire. L'organisation de sa personnalité était celle d'un trouble borderline caractérisé par une instabilité affective et professionnelle, une intolérance aux frustrations et un sentiment de vide. Il s'agissait également d'un diagnostic primaire qui avait favorisé l'utilisation des substances psychoactives tout au long de la vie de l'assuré. De retour d'Asie, celui-ci avait pris conscience d'un double échec, à savoir professionnel face à ses exigences et affectif. En réaction, il avait développé une dysthymie qui restait sur toile de fond avec un pessimisme tenace, des symptômes dépressifs et un désinvestissement social. S'agissant du traitement, l'assuré avait été suivi essentiellement sur un plan addictologique avec un traitement de substitution aux opioïdes bien mené. En revanche, son trouble de la personnalité n'avait pas été identifié et sa dysthymie avait été traitée essentiellement par antidépresseurs. L'assuré avait besoin d'un réel travail psychothérapeutique d'orientation analytique avec en parallèle la prescription d'un antidépresseur afin d'amender la dysthymie et de travailler sur le trouble de la personnalité qui conditionnait actuellement l'évitement de l'exposition et contribuait à la perpétuation de la toxicodépendance. L'assuré coopérait bien à son traitement addictologique. L'ampleur des comportements addictifs laissait peu de place à une réadaptation dans le milieu du travail (même adapté) et ceci malgré ses très bonnes capacités cognitives. S'agissant de la cohérence, son parcours d'adolescent et de jeune adulte avait été marqué par l'installation d'une polytoxicomanie grave associée à un trouble de la personnalité borderline. Malgré ces diagnostics, il avait été capable de réussir ses études. Toutefois, l'homicide involontaire dont il s'était rendu coupable, qui avait coûté la vie à son amie, avait péjoré ses comportements addictifs. Il avait été dans l'impossibilité de « tenir » un emploi jusqu'en 1997, puis une embellie de six ans s'était manifestée à la suite de la cure de désintoxication réalisée au Vietnam. Dans ce cadre particulier, il avait pu réussir une bonne adaptation professionnelle, mais qui était restée éphémère. La venue sur place de son amie toxicodépendante l'avait déstabilisé avec reprise des toxiques. En 2007, sa tentative de vie normative s'était effondrée suite à l'accident de moto ayant eu de graves conséquences orthopédiques. Son retour en Suisse avait été un aveu d'échec et l'assuré s'était installé dans une position régressive avec reprise des consommations et isolement social progressif. Grâce au suivi addictologique, l'assuré avait pu contrôler a minima la consommation d'opioïdes, mais restait sévèrement dépendant à l'alcool et au cannabis. Le vrai problème de fond était la démission sur le plan existentiel avec la manifestation d'une dysthymie tenace (pessimisme, tristesse, résignation sans atteindre les critères d'un trouble dépressif) en présence d'un trouble de la personnalité borderline évident (intolérance aux frustrations, sentiment de vide avec recherches de sensations, vie chaotique sur le plan affectif et professionnel). La capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux aptitudes de l'assuré était nulle en lien avec la polytoxicodépendance (primaire) et le trouble de la personnalité borderline

(primaire). Après le traitement préconisé, une reprise d'une activité adaptée serait possible.

19. Dans un avis du 3 août 2017, le SMR a considéré, à la lecture de l'expertise, que le trouble borderline n'était pas décompensé. Dès lors, l'atteinte à la santé était une toxicomanie primaire qui n'était pas la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale, de sorte qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la jurisprudence relative à la toxicomanie. La capacité de travail exigible tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était de 100 %.

20. Par projet de décision du 4 août 2017 envoyé en pli simple, l'OAI a indiqué vouloir rejeter la demande du 24 septembre 2015 au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante au sens de l'AI et aucune affection ayant une répercussion durable sur sa capacité de travail. Celle-ci était raisonnablement exigible à 100 % et avec un plein rendement dans toute activité, depuis toujours et sans limitations fonctionnelles objectives. Par conséquent, le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité devait être refusé. L'assuré avait la possibilité d'apporter des objections dans les trente jours.

21. Par courrier daté du 11 septembre 2017 et reçu le 18 septembre par l'OAI, l'assuré a demandé à celui-ci de lui transmettre une copie de son dossier. Il a joint un rapport de la doctoresse H_____, médecin interne au CAAP Arve. Il devait en principe pouvoir également joindre un rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en infectiologie et médecine interne, sinon celui-ci serait transmis dans son prochain courrier. Il attendait encore des rapports des docteurs J_____, médecin-chef du service des maladies osseuses des HUG, et K_____, neurologue FMH, raison pour laquelle il demandait une prolongation du délai imparti.

22. Dans un rapport du 15 septembre 2017 faxé à l'OAI, le Dr I_____ s'est référé à un rapport initial de fin 2015 signé par lui-même. Il a indiqué que l'examen neuropsychologique du 29 janvier 2016, à environ deux ans du premier examen, mettait en évidence une persistance de difficultés concernant la mémoire épisodique visuelle et de travail, ainsi qu'un ralentissement global. Ces troubles cognitifs étaient imputables aux séquelles de rupture d'anévrisme cérébral en 2001 et de la polymédication psychotrope nécessaire à sa stabilité psychique/addictologique, ainsi qu'à la persistance de consommation d'alcool. Malgré la guérison de son hépatite C, il persistait à plus d'un an de ladite guérison une fibrose modérée de stade F2. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré présentait des douleurs persistantes du genou droit dues à des ostéonécroses du condyle fémoral et des corps étrangers autour de la rotule, des lombalgies chroniques avec fractures des vertèbres D12 et L1 probablement favorisées par une ostéoporose rachidienne. Au vu des comorbidités physiques et des troubles psychiques associés aux séquelles cognitives persistantes, le Dr I_____ a maintenu ses réserves quant à une capacité de travail, qui devait être évaluée formellement par une expertise médicale plus approfondie.

Le Dr I_____ a transmis divers rapports médicaux à l'OAI, qui les a reçus le 18 septembre 2017 : - Dans un rapport non daté adressé à l'OAI, faisant référence à un dernier contrôle du 17 octobre 2015, il a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F11), de dérivé du cannabis (F12), d'alcool (F10.24), une rupture d'anévrisme cérébral en 2011 avec hémorragie intracrânienne et hydrocéphalie, une hépatite C chronique connue depuis janvier 1997, un status post fracture tassement des vertèbres D12 et L1 en 2007, une polyneuropathie carencielle et toxique, ainsi qu'un syndrome des jambes sans repos. Sans incidence sur la capacité de travail, il a notamment diagnostiqué un status post fracture cubitale droite en 2007, un status post ostéosynthèse acromio-claviculaire gauche en 2007, un status post bursotomie traumatique – plaie chronique et perte de substance du genou droit avec

fermeture chirurgicale – en 2007 et un pneumothorax post-traumatique en 2005. L'évaluation neuropsychologique mettait en évidence un déficit de rappel et de consolidation à court et long termes, un léger défaut de la mémoire de travail et un ralentissement. À l'examen, il avait constaté une pallesthésie à 8/8 aux coudes et à la métacarpo-phalangienne du premier doigt. Il a pronostiqué une amélioration des fonctions cognitives tant en cas d'abstinences alcoolique et au cannabis que de diminution de la médication psychotrope, ainsi qu'une amélioration de l'asthénie probable après guérison de l'hépatite C, dont la fin du traitement en cours était prévue en janvier 2016. - Dans un rapport du 22 juillet 2016, le Dr J _____ a indiqué qu'une minéralométrie avait objectivé, le 1^{er} juin 2016, une ostéoporose axiale au rachis lombaire, à la hanche gauche et au col fémoral gauche, faisant suite à un contexte de polytoxicomanie. 23. Dans un rapport du 14 septembre 2017, la Dresse H _____ a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et d'opiacés, ainsi qu'un trouble de la personnalité borderline (F60.31). Le parcours de vie de l'assuré était marqué par des échecs dans plusieurs domaines, qui ne pouvaient être dus ni à ses capacités cognitives, qui étaient bonnes, ni à sa problématique addictologique, qui avait été prise en charge. Son instabilité émotionnelle était palliée par le maintien de consommation de substances qui lui procurait un soulagement des symptômes composant son trouble de la personnalité. Ce dernier avait été masqué par le maintien de sa polytoxicomanie. 24. Par courrier du 19 septembre 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait reçu, le 18 septembre 2017, son courrier daté du 11 septembre 2017. À titre exceptionnel, il lui accordait un dernier délai au 30 septembre 2017 pour faire part de ses observations quant au projet de décision. 25. Dans un avis du 5 octobre 2017, le SMR a considéré que les divers rapports médicaux produits en procédure d'audition ne contenaient pas d'éléments qui le feraient changer d'avis. 26. Par décision du 5 octobre 2017 envoyé en pli simple et recommandé, l'OAI a maintenu sa position. Il a considéré que les rapports médicaux produits en procédure d'audition ne lui permettaient pas de revenir sur sa « décision », qui déployait tous ses effets. En outre, lesdits rapports ne lui étaient pas parvenus dans les délais impartis. À l'échéance du délai de garde au 13 octobre 2017, le pli recommandé n'ayant pas été réclamé, la Poste l'a renvoyé à l'OAI. 27. Par acte du 4 novembre 2017, l'assuré a formé recours contre ladite décision. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise plus approfondie pour éclaircir la situation. Il a produit dans la procédure un rapport du Dr K _____ daté du 2 novembre 2017 et un rapport de la Dresse H _____ daté du 27 octobre 2017. Selon le Dr K _____, la décision de l'intimé était basée sur une expertise qui prenait en compte surtout les contextes psychiatrique et de toxicomanie, mais négligeait les contextes somatiques. À cet égard, il a notamment mentionné une atteinte neuropsychologique évidente et claire depuis l'accident de rupture d'anévrisme cérébral en 2011 limitant sa capacité de travail de façon importante, puisque le recourant présentait des troubles « amnésiques » qui pourraient interférer avec une activité professionnelle. Une expertise approfondie semblait indiquée afin de tenir compte de l'atteinte neuropsychologique, de l'atteinte somatique consécutive à l'accident de moto, de la polyneuropathie, du syndrome des jambes sans repos, des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires avec status post fracture vertébrale D12 et une ostéoporose rachidienne. D'après la Dresse H _____, le recourant souffrait d'une instabilité émotionnelle (F.60.31) « palliée par » le maintien de la consommation de psychotropes, qui avait pour fonction tant de soulager les symptômes composant son trouble de la personnalité que d'automédication. Par conséquent, ce trouble

n'était pas décompensé, malgré l'importance d'un diagnostic réservé. Cela expliquait que le recourant présentait une incapacité de travail de longue date. 28. Dans sa réponse du 6 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que la jurisprudence a toujours considéré par principe que la toxicomanie n'ouvrait pas le droit aux prestations de l'AI (toxicomanie dite primaire) et que la dépendance n'était prise en compte que si elle était la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé invalidante. Dans les cas de dépendance, il convenait de déterminer quelle serait la capacité de gain de l'assuré s'il n'était pas toxicomane. Il ressortait du rapport d'expertise que la polytoxicomanie était intervenue antérieurement aux autres atteintes à la santé psychique et que lorsqu'elle avait cessé, le recourant avait été en mesure d'exercer une activité lucrative sur un relativement long terme. Les tests neuropsychologiques effectués dans le cadre de l'expertise n'étaient pas pertinents car, selon le rapport d'expertise, durant la pause de l'examen, le recourant était revenu avec une bière à la main et il lui avait été très difficile de comprendre la nécessité de ne pas la terminer. Par conséquent, il n'y avait pas de lien de causalité entre l'incapacité de travail et la toxicomanie qui avait été considérée à juste titre par le SMR comme non incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Aussi, il y avait lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise. S'agissant des pièces produites dans le cadre de la procédure judiciaire, selon le SMR, les troubles cognitifs étaient à mettre sur le compte de la prise de psychotropes et de la persistance de la consommation d'alcool, de sorte qu'on ne saurait suivre le Dr K_____. Enfin, le Dr H_____ n'apportait aucun élément nouveau.!

29. Le 7 décembre 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant en lui fixant un délai pour faire parvenir sa réplique, délai qu'il n'a pas utilisé.!

30. La cause a été gardée à juger.!

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications du 18 mars 2011 de la LAI (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.!

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 5 octobre 2017, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).!

5. Le litige consiste à déterminer si l'intimé a rejeté la nouvelle demande

de prestations à bon droit, plus particulièrement si la capacité de travail du recourant est entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.!

Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).!

L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

8. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'AI lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance,

celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid.5.2).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014, op. cit., consid. 5.3). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'AI, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014, op. cit., consid. 5.4).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des

limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 10. Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). [endif]>[if> La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). 11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. [endif]>[if> En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). [endif]>[if> b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas

lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il

convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n°. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 14. En l'espèce, dans sa décision initiale du 11 juillet 2003, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. Il a statué en l'état d'alors du dossier au motif que le recourant n'avait pas donné suite aux convocations à un examen du SMR, alors qu'il avait quitté la Suisse pour le Vietnam et qu'il avait informé l'intimé de son absence pendant quelques mois, en remplissant un questionnaire reçu par celui-ci le 10 septembre 2002. L'intimé a considéré que l'incapacité de gain du recourant était due avant tout à sa toxicomanie, qui était primaire, de sorte qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante. Lors de l'émission de cette décision, la situation médicale n'a ainsi pas pu être instruite de façon approfondie par l'intimé. Par courrier du 19 juin 2003 adressé à l'intimé, la mère du recourant a indiqué que l'état de santé de celui-ci s'était amélioré et qu'il ne pensait pas avoir recours aux services de l'intimé. Par conséquent, on peut se demander s'il n'y a pas lieu de considérer qu'en réalité, le recourant a retiré sa demande en raison de son départ à l'étranger et que l'intimé n'aurait pas dû rendre une décision, de sorte que la décision litigieuse serait en réalité une décision initiale. Quoiqu'il en soit, dans sa décision du 5 octobre 2017, l'intimé est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande, en considérant que l'état de santé du recourant s'est notablement modifié depuis la décision initiale du 11 juillet 2003 et a implicitement annulé sa deuxième décision du 19 février 2016, soit une décision de non-entrée en matière. 15. La décision litigieuse repose d'un point de vue médical notamment sur les avis du SMR des 3 août 2017 et 5 octobre 2017, ainsi que sur le rapport d'expertise du Prof. F_____ du 19 juin 2017. Par conséquent, il convient d'examiner si ces rapports ont une valeur probante. a. Dans son rapport d'expertise psychiatrique, le Prof. F_____ diagnostique, avec incidence sur la capacité de travail, principalement un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline dès le début de l'âge adulte, une dysthymie depuis 2007 et un syndrome de dépendance, d'une part à l'alcool depuis l'adolescence, d'autre part aux opioïdes sous substitution dès le début de l'âge adulte, et enfin au cannabis dès l'adolescence. Il qualifie de primaire tant la polytoxicodépendance grave que le trouble de la personnalité borderline au motif que le parcours d'adolescent et de jeune adulte du recourant est marqué par l'installation de la polytoxicomanie grave associée au trouble de la personnalité. S'agissant

de l'interaction des diagnostics, il considère que le trouble de la personnalité borderline a favorisé l'utilisation des substances psychoactives tout au long de la vie du recourant. S'agissant de la cohérence, il explique que malgré l'installation, à l'adolescence et à l'âge de jeune adulte, d'une polytoxicomanie grave associée à un trouble de la personnalité borderline, le recourant a été capable de réussir ses études, mais que l'accident de 1993 ayant entraîné les décès de son amie et de l'autre conducteur a péjoré ses comportements addictifs, de sorte qu'il n'a pas été en mesure de conserver un emploi jusqu'en 1997. Puis, à la suite de la cure de désintoxication réussie, il a connu une bonne adaptation professionnelle jusqu'en 2002. En 2007, sa tentative de vie normative s'est effondrée suite à son accident de moto et son retour en Suisse a été un aveu d'échec, de sorte que le recourant s'est installé dans une position régressive avec reprise des consommations et isolement social progressif. Quant à la dysthymie, elle est réactionnelle à la prise de conscience d'un double échec lors du retour du recourant d'Asie, à savoir professionnel et affectif. Pour l'expert, le vrai problème de fond est la démission sur le plan existentiel en présence d'un trouble de la personnalité borderline évident qui n'a pas été identifié jusqu'ici et contribue à la perpétuation de la toxicodépendance. Il conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée en lien tant avec la polytoxicodépendance primaire qu'avec le trouble de la personnalité borderline primaire. b. En l'espèce, le rapport d'expertise a été établi après une étude de toutes les pièces médicales à disposition, un entretien téléphonique avec le Dr I_____ et une évaluation neuropsychologique avec Mme G_____. Il tient compte de l'anamnèse, des plaintes du recourant et de l'examen clinique de celui-ci. L'expert répond à toutes les questions posées dans le questionnaire de façon complète et convaincante, notamment quant à la valeur de maladie des troubles diagnostiqués, leur gravité et la capacité de travail raisonnablement exigible. Il traite également du caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie. Les prises de position de l'expert sont motivées. En outre, il pose pour l'essentiel les mêmes diagnostics et procède à la même évaluation de la capacité de travail que les médecins du CAAP Arve, qui traitent le recourant depuis près de vingt ans. Par conséquent, les conclusions du Prof. F_____ procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance et tenant compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. 16. Dans son avis du 3 août 2017, le SMR considère qu'à la lecture du rapport d'expertise, le trouble borderline n'est pas décompensé au motif qu'il existe depuis l'âge adulte et il retient une toxicomanie primaire, respectivement une capacité de travail de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Une telle motivation n'est pas suffisante pour reconnaître une valeur probante à ses conclusions. En effet, il n'analyse pas la question de l'effet incapacitant du trouble de la personnalité borderline, respectivement de l'interaction entre ce trouble et la toxicomanie, alors que la Dresse H_____, dans son rapport du 14 septembre 2017, souligne que la polytoxicomanie a masqué ledit trouble de la personnalité et que l'expert relève que la toxicodépendance est associée au trouble de la personnalité borderline qu'il considère comme primaire et évident en tant qu'il se manifeste par une intolérance aux frustrations, un sentiment de vide avec recherche de sensations, ainsi que par une vie chaotique sur les plans professionnel et affectif. Il précise que le trouble de la personnalité borderline a favorisé l'utilisation des substances psychoactives. Pour sa part, dans son rapport du 27 octobre 2017, la Dresse H_____ indique que la consommation de psychotropes a une fonction d'automédication et soulage les symptômes du trouble de la personnalité, ce qui établit l'interaction entre les deux affections et sous-entend que sans

cette consommation, le trouble de la personnalité borderline serait davantage incapacitant. Par ailleurs, dans son rapport du 14 septembre 1998, le Dr B_____ mentionne déjà l'existence d'un trouble affectif majeur qui n'est pas encore caractéristique mais présente des signes révélateurs d'un état primaire pouvant s'exprimer plus tard comme un trouble bipolaire, ce qui confirme le caractère primaire dudit trouble. L'avis du SMR a pour but d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Or, en présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Par conséquent, le SMR aurait dû constater que le rapport d'expertise ne répond pas à ces questions, qu'il n'a d'ailleurs pas posées à l'expert, et qu'il convenait de mettre en œuvre un complément d'expertise, afin de déterminer notamment quel est le taux de l'incapacité de travail pour chaque affection diagnostiquée, plus particulièrement pour le trouble de la personnalité borderline et l'atteinte neuropsychologique en relation avec les seules séquelles de l'accident vasculaire cérébral de 2011. Par ailleurs, ainsi que le relève le Dr K_____, le SMR n'examine à aucun moment le caractère incapacitant des autres troubles diagnostiqués par le Dr I_____ dans son rapport non daté de fin 2015, à savoir notamment la rupture d'anévrisme cérébral avec hémorragie intracrânienne et hydrocéphalie survenue en 2011 et ayant provoqué une atteinte neuropsychologique évidente et claire selon le Dr K_____, le syndrome des jambes sans repos présent depuis 2001, ainsi que le status post bursotomie au genou droit et post fracture tassement des vertèbres D12 et L1 consécutif à l'accident de 2007. Il n'examine pas davantage le caractère incapacitant des atteintes à la santé provoquées par la toxicomanie, à savoir la polyneuropathie carentielle et toxique, ainsi que l'ostéoporose axiale au rachis lombaire, à la hanche gauche et au col fémoral gauche diagnostiquée en juin 2016 par le Dr J_____. Or, s'il fallait admettre l'absence d'une incapacité de travail entière dans une activité adaptée en lien avec les troubles psychiques, ces autres troubles sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant, respectivement sur ses limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. Par conséquent, les avis du SMR des 3 août 2017 et 5 octobre 2017 n'ont pas de valeur probante et ne peuvent pas être suivis. Aussi, l'intimé ne pouvait pas se baser sur ceux-ci pour fonder sa décision de refus de prestations.

17. a. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont

l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).!

b. En l'espèce, l'intimé a instruit superficiellement et de façon lacunaire la situation médicale, notamment il n'a procédé à aucune instruction complémentaire concernant le rôle joué par chacune des atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail du recourant afin de définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite de la dépendance. Par ailleurs, il n'a pas davantage instruit la question de l'incapacité de travail du recourant en lien tant avec les séquelles de son accident vasculaire cérébral et de son accident de moto qu'avec les atteintes à la santé provoquées par sa toxicomanie. Par conséquent, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur la situation médicale du recourant, respectivement sur sa capacité de gain résiduelle dans une activité adaptée, de sorte qu'il y a lieu de mettre en œuvre un complément d'expertise psychiatrique et une expertise médicale pluridisciplinaire, notamment rhumatologique et neurologique. Etant donné que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale du recourant, la cause doit lui être renvoyée pour mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique et d'une expertise médicale pluridisciplinaire au sens des considérants. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 5 octobre 2017 sera annulée. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-. !

* * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet et annule la décision du 5 octobre 2017.!

3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme de complément d'expertise psychiatrique et d'expertise médicale pluridisciplinaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.!

4. Met un émolument de CHF 300.-. 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 Marie NIERMARÉCHAL Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le