

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1394/2011

ATAS/701/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juillet 2011

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur V _____, domicilié au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur V_____, né en 1969 et d'origine espagnole, a fait une formation d'employé de commerce. Il ressort de l'extrait de son compte individuel à la caisse de compensation qu'il a travaillé par la suite par intermittence et pendant de très courtes périodes. D'octobre 2000 à février 2002, il a bénéficié d'indemnités de chômage.
2. Par demande déposée en janvier 2005, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans son rapport du 29 avril 2005, la Dresse A_____, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, diagnostique une polytoxicomanie de longue date et un état dépressif sévère chronique. Les diagnostics de maladie de Berger et de bronchite chronique obstructive sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était en incapacité de travailler à plusieurs reprises entre 2002 et 2005, au total pendant plus d'une année à 100%. Son état de santé est stationnaire et sa capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales ni professionnelles. Une évaluation psychiatrique approfondie serait utile. Le patient se plaint d'asthénie, de toux chronique et d'anxiété. Le pronostic est réservé en raison de la toxicodépendance et de l'état anxio-dépressif important. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le médecin mentionne que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, mais que l'assuré pourrait exercer une autre activité à raison de quatre heures par jour au maximum, avec un rendement diminué. La motivation pour la reprise d'un travail est faible et l'absentéisme prévisible est important.
4. Par courrier du 10 août 2006, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) informe l'assuré des problèmes rencontrés dans son emploi temporaire. Son supérieur lui reproche notamment son manque d'aisance avec l'outil informatique, sa lenteur dans l'exécution du travail et sa somnolence, ce qui génère des erreurs dans un travail qui doit être rigoureux. Cela étant, l'OCE adresse à l'assuré un avertissement et le menace d'un licenciement pour justes motifs.
5. Dans un avis médical du 12 octobre 2006, le Dr B_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci après : SMR) relève qu'il n'y a aucune description d'un quelconque état dépressif, ni sévère, ni même léger. Par ailleurs, la Dresse A_____ n'est pas psychiatre. Cela étant, le Dr B_____ estime que le diagnostic d'état dépressif ne peut être retenu. Quant à la polytoxicomanie, elle n'a apparemment pas empêché l'assuré de faire un apprentissage et de travailler dans le passé. Celui-ci est d'ailleurs inscrit au chômage. Partant, ce médecin estime qu'il n'y a aucun élément justifiant une incapacité de travail de longue durée.

6. Par courrier du 20 octobre 2006, l'OCE informe l'assuré que le contrat d'emploi temporaire qu'il a signé le 28 juillet 2006 est rompu au soir du 30 novembre 2006 pour difficultés de réinsertion. Ainsi, son droit aux mesures cantonales en termes de placement se limite à une allocation de retour en emploi (ARE).
7. Par décision du 8 décembre 2006, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) refuse à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en se fondant sur l'avis médical précité du Dr B_____.
8. Par demande déposée en juin 2008, l'assuré requiert pour la deuxième fois des prestations de l'assurance-invalidité.
9. Le 4 juin 2008, l'OAI invite l'assuré à lui fournir les faits nouveaux qui pourraient motiver un réexamen de son droit à une rente dans un délai échéant au 27 juin 2008, sous peine de refus d'entrer en matière.
10. Selon la note relative à l'entretien téléphonique du 26 juin 2008 entre l'OAI et l'assuré, ce dernier a présenté la lettre du 4 juin 2008 de l'OAI à la Dresse A_____ qui lui a recommandé de déposer une nouvelle demande d'assurance-invalidité. Elle ne souhaitait cependant pas écrire à l'OAI, ayant cessé de suivre l'assuré. L'assuré est à la recherche d'un nouveau praticien. L'OAI l'informe qu'il convient de lui communiquer le nom de celui-ci dès qu'il aura un rendez-vous et que le délai ne court pas en attendant. L'assuré fait en outre savoir audit office que le médecin du chômage l'a déclaré inapte à travailler, de sorte qu'il a été écarté du chômage. Enfin, il souhaiterait une reconversion professionnelle.
11. Le 25 novembre 2008, la Dresse C_____ informe l'OAI qu'il n'y a aucun fait nouveau depuis qu'elle suit le patient, à savoir depuis début août 2008.
12. Après avoir adressé à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière le 1^{er} décembre 2008, l'OAI confirme ce projet par décision du 26 février 2009, au motif que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable que les circonstances médicales s'étaient modifiées.
13. En janvier 2011, l'assuré dépose une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.
14. Par courrier du 13 janvier 2011, l'OAI l'invite à produire tous les documents utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis sa dernière évaluation, sous peine de refus d'entrer en matière.
15. Dans son rapport du 28 janvier 2011, adressé à l'OAI, le Dr D_____, psychiatre, atteste qu'il suit l'assuré d'une manière régulière depuis le 14 décembre 2009. Il présente une symptomatologie anxio-dépressive importante et est sous antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères. Jusqu'à présent, il n'a pas montré une

évolution favorable. L'assuré est célibataire et vit avec sa mère. Il ne travaille pas et n'a aucun revenu. Depuis environ 17 ans, il est polytoxicomane, actuellement sous cure de méthadone. Il souffre aussi de problèmes physiques, notamment d'une anémie chronique, qui nécessite une injection de fer à l'hôpital. Depuis que ce médecin suit l'assuré, son état psychique est assez fluctuant. Le pronostic est mauvais. Le Dr D_____ estime que le patient est totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Sa capacité de travail est donc nulle.

16. Dans son avis médical du 7 février 2011, le Dr E_____ indique que "Les instructions passées ont permis de retenir une toxicomanie primaire (les consommations de l'époque n'avaient pas empêché la formation puis l'activité de travail)". Cela étant, il estime que l'assuré présente toujours une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles, et théoriquement depuis toujours.
17. Le 16 février 2011, l'OAI adresse à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'a pas rendu plausible que l'état des faits s'est modifié depuis la dernière décision.
18. Par décision du 28 mars 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité.
19. Par acte du 11 mai 2011, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité, sous suite de dépens. A titre préalable, il demande l'audition du Dr D_____ et la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.
20. Dans sa réponse du 6 juin 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'avis du SMR du 7 février 2011.
21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 56ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la demande du recourant.
4. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C_413/2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se

montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 ou 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c) Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69).

d) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité

subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

e) Enfin, lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps). A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a récemment précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss). En modifiant sa jurisprudence antérieure, notre Haute Cour a admis que cela était également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui se bornait de constater que le droit aux prestations ne s'était pas modifié.

3. En l'espèce, il appert que l'intimé n'a jamais procédé à une évaluation complète et approfondie de l'état de santé du recourant. En effet, même si l'intimé a demandé, après le dépôt de la première demande en 2005, à la Dresse A_____ un rapport médical et a pris des renseignements auprès de l'OCE, il a écarté sans autre instruction le diagnostic d'état dépressif sévère chronique retenu par du médecin-traitant, au motif essentiellement que son rapport n'était pas ce diagnostic. Il a en outre admis que le recourant présentait une toxicomanie primaire sur la base d'éléments erronés, d'une part, et de suppositions, d'autre part. En effet, l'intimé ignorait quand le recourant a commencé à prendre des drogues et ainsi s'il en consommait déjà pendant son apprentissage, comme il l'a retenu. Il est en outre faux que la toxicomanie n'a pas empêché le recourant de travailler, dès lors qu'il a très peu travaillé et seulement par intermittence. En outre, si la Dresse A_____ n'a pas expliqué avec plus de détails les diagnostics retenus, cela tenait au fait qu'elle se bornait à répondre aux questions figurant sur le formulaire de rapport médical que l'intimé lui a fait parvenir. Elle a de surcroît indiqué qu'une évaluation psychiatrique approfondie serait utile. Or, en vertu de l'art. 43 al. 1 LPG, l'assureur doit prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueillir les renseignements dont il a besoin. Il aurait donc appartenu à l'intimé soit de poser des questions plus précises au médecin-traitant soit de faire examiner le recourant par le SMR ou un expert-psychiatre externe. En omettant de procéder à ces actes d'instruction, l'intimé a manifestement violé la maxime d'office.

Partant, il ne saurait être considéré que la première décision, ni la deuxième reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus comme exigé par notre Haute Cour (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss). Dans ces conditions, il est difficile d'apprécier si l'état du recourant s'est aggravé entre la première et la troisième décision. Il convient toutefois de constater que le recourant avait, selon le rapport du 29 avril 2005 de la Dresse A_____, encore une capacité de travail de 50% avec une diminution de rendement. Or, dans son rapport du 28 janvier 2011, le Dr D_____ atteste d'une incapacité de travail totale. Il ressort en outre de l'entretien téléphonique du 26 juin 2008 entre l'intimé et le recourant que ce dernier a entretemps été déclaré inapte au placement par l'OCE. Par conséquent, rien que sur la base de ces éléments, il convient d'admettre que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé.

4. En tout état de cause, il conviendrait d'admettre que les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA pour une révision procédurale sont remplies. Aux termes de cette disposition, les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision, si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

En l'occurrence, le recourant n'était en traitement chez un psychiatre ni lors du dépôt de la première ni lors de la deuxième demande. Il ne pouvait donc produire un rapport médical circonstancié émanant d'un spécialiste en la matière. Partant, il y a lieu de considérer que le rapport du 28 janvier 2011 du Dr D_____ constitue un nouveau moyen de preuve de l'invalidité du recourant, de sorte que l'intimé aurait dû entrer en matière sur la demande du recourant à titre de révision procédurale.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du recourant, procède à une instruction complète notamment des affections psychiatrique et, ceci fait, rende une nouvelle décision.
6. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
7. Dès lors que l'intimé succombe, l'émolument de justice, fixé en l'occurrence à 200 fr., est mis à sa charge.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour entrer en matière sur la demande de prestations du recourant.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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