

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1696/2009

ATAS/1130/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 16 septembre 2009**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître NERFIN Corinne

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne  
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur R\_\_\_\_\_ est né en 1957 au Portugal où il a suivi une formation d'employé de commerce. Il est divorcé et père d'une enfant née en 1982. Arrivé en Suisse en 1983, il a travaillé d'abord comme portier d'étages, puis en qualité de chauffeur-bagagiste dans des hôtels jusqu'au 31 juillet 2000.
2. Dès le 27 mars 2000, une incapacité totale de travailler est attestée.
3. En date du 8 mars 2001, il a déposé une demande de prestations d'invalidité.
4. Dans un certificat du 29 mars 2001, le Docteur A\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques existant depuis début 2000 et ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 27 mars 2000. Il a préconisé « une activité sans port de charge (bureau, surveillance, huissier, petite mécanique) à raison de huit heures par jour ».
5. Par décision du 19 décembre 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation de trois mois du 6 janvier 2003 au 30 mars 2003 auprès de la « Fondation PRO, Entreprise sociale privée" (ci- après PRO). Il ressort du rapport d'évaluation établi le 30 avril 2003 par les maîtres d'atelier de PRO qu'au cours des trois mois de stage, l'assuré avait eu un rendement variable pouvant aller de 25 à 80% et qu'en fin de mesure, il avait atteint un rendement moyen de 55% en travaillant à plein temps dans des activités légères permettant la position debout ou assise. Il apparaît qu'à plusieurs reprises il lui avait été demandé de tenter d'augmenter son rythme de travail, celui-ci étant assez lent compte tenu des nombreuses pauses prises par l'assuré, selon lui nécessaires, qui avaient inévitablement influencé son rendement. Les maîtres de stage ont relevé également qu'il s'était régulièrement plaint de douleurs au niveau du dos ainsi que de la jambe gauche et s'était montré très démonstratif en se déplaçant avec grandes difficultés. Cela étant, ils ont souligné que l'assuré avait suivi le stage à plein temps et n'avait manqué aucun jour de travail, ce qui leur avait paru incohérent face à l'intensité de ses plaintes. En dernier lieu, lesdits spécialistes n'ont pas observé de limitations particulières dans un travail de montage ou de conditionnement léger, permettant l'alternance des positions. Les maîtres d'atelier de PRO ont ajouté que le Dr A\_\_\_\_\_, lors d'un entretien téléphonique du 17 février 2003, les avait informés que les importantes plaintes exprimées par son patient ne correspondaient pas au diagnostic médical.
6. En date du 12 mai 2003, le Docteur B\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que si l'atteinte à la santé dont souffrait l'assuré contre-indiquait son ancien travail de chauffeur de minibus, qui comprenait obligatoirement le port de charges relativement lourdes, la capacité de travail était par contre conservée dans une activité adaptée sans port de charges lourdes. Il a suggéré de conclure ce dossier par

un calcul du préjudice sur la base d'une incapacité totale comme bagagiste mais d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité qui respectait les limitations fonctionnelles.

7. Par décision du 20 mai 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité, au motif que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité légère. Par décision sur opposition du 14 août 2003, il a confirmé le taux d'invalidité retenu, ainsi que sa décision de refus de rente d'invalidité et a refusé des mesures d'ordre professionnel.
8. Le 17 septembre 2003, l'assuré a déposé un recours contre la décision précitée et produit un certificat médical établi le 9 septembre 2003 par le Docteur A\_\_\_\_\_ selon lequel il souffrait de lombosciatalgies chroniques sur une discopathie L5-S1 ainsi que de troubles somatoformes douloureux. Ce médecin a notamment exposé à propos de son patient : « Sa capacité de travail est de 50% dans une activité légère et de 0% dans une activité lourde. Cette restriction de capacité de travail est présente depuis ma première consultation le 6 décembre 2000. Il doit pouvoir changer souvent de position et ne pas porter des charges de plus de 10 kg. Il doit éviter les positions en flexion et en extension du rachis ».
9. Invité à expliquer l'appréciation différenciée de la capacité de travail de son patient ainsi que les circonstances l'ayant amené à diagnostiquer un trouble somatoforme douloureux, le Docteur A\_\_\_\_\_, par lettre du 14 octobre 2004, a exposé qu'il y avait eu aggravation de l'état de santé du recourant de 2001 à 2003 et que c'était l'évolution des symptômes ainsi que des plaintes de son patient depuis septembre 2002 qui lui avait permis de poser un diagnostic clair de syndrome somatoforme douloureux dès la fin de l'année 2002.
10. Lors de l'audience tenue le 30 novembre 2004, le recourant a dit avoir consulté un psychiatre deux ou trois fois en 1999-2000 suite à son divorce, mais ignorer si actuellement il avait besoin d'être suivi sur ce plan, sachant qu'il se sentait triste en raison de son état de santé et de sa situation professionnelle. A cet égard, il a déclaré chercher activement mais en vain du travail à 50%.
11. Le Docteur A\_\_\_\_\_, entendu en qualité de témoin le même jour, a confirmé les termes de son rapport du 29 mars 2001, mais souligné que l'état de son patient avait évolué depuis lors, ce qui expliquait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé le 9 septembre 2003. En effet, petit à petit, alors que le recourant disait d'abord souffrir de douleurs au bas du dos, ses plaintes s'étaient généralisées, étant précisé qu'il n'avait jamais eu l'impression qu'il exagérait lesdites plaintes. S'agissant de l'entretien téléphonique du 17 février 2003 évoqué dans le rapport d'évaluation établi par les maîtres d'atelier, il a expliqué avoir vraisemblablement été mal compris, n'ayant jamais voulu dire que les plaintes ne correspondaient pas au diagnostic, mais plutôt que les plaintes n'étaient pas en relation avec les

constatations objectives cliniques, raison pour laquelle, au demeurant, le Docteur C \_\_\_\_\_ lui avait adressé le patient. Il a ajouté que celui-ci avait suivi tous les traitements possibles sans succès à ce jour. Ce praticien avait constaté qu'une tristesse s'était installée avec une baisse de désir, signes de dépression. En dernier lieu, le Dr A \_\_\_\_\_ a confirmé que l'aggravation datait bien de septembre 2002, de même que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

12. Par arrêt du 11 janvier 2005, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision. Il a toutefois confirmé les décisions des 20 mai et 14 août 2003 de l'intimé, en tant qu'il refusait le droit aux prestations d'invalidité jusqu'en septembre 2002. Ce faisant, il a considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée jusqu'à cette dernière date, mais que son état de santé s'était aggravé depuis ce moment. Pour établir le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué, une expertise psychiatrique était cependant nécessaire.
13. Suivant l'injonction du Tribunal de céans, l'OCAI a soumis le recourant à une expertise psychiatrique par le Docteur D \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du 29 juillet 2005, l'expertisé ne souffrait d'aucune atteinte à sa santé psychique. L'expert n'a notamment pas mis en évidence une dépression ni même un trouble somatoforme douloureux.
14. Par décision du 12 septembre 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a admis que celui-ci était en incapacité totale d'exercer son métier de bagagiste, mais a considéré qu'il pouvait exercer une activité légère à 100% avec une perte de gains de 0,7%, degré n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. L'opposition de l'assuré du 13 octobre 2005 a été rejetée par décision du 2 février 2006.
15. Par arrêt du 19 avril 2006, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assuré. Il s'est notamment basé sur l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ qui n'avait diagnostiqué aucun trouble psychique. Par ailleurs, même en admettant que le recourant souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, accompagné d'un état dépressif, la comorbidité psychiatrique était insuffisante pour reconnaître au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant, aux termes de la jurisprudence.
16. Par décision du 11 mai 2006 de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), l'assuré a été déclarée inapte au placement, dans la mesure où le Dr A \_\_\_\_\_ avait indiqué que la capacité de travail de son patient était nulle, sans indication quant à la durée probable de la maladie. Par ailleurs, l'assuré n'avait pas l'intention de travailler et son inscription auprès de l'Office régional de placement (ci-après : ORP) n'avait pour but que d'obtenir le soutien de l'assurance-chômage pendant son

incapacité de travail, en attendant la décision de l'assurance-invalidité. Ainsi, son aptitude au placement n'était donnée ni sur le plan objectif ni sur le plan subjectif.

17. A partir du 28 janvier 2008, l'assuré a débuté un stage d'observation professionnelle au Service d'évaluation et de réadaptation professionnelle des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Ce stage était prévu initialement pour une durée de six mois. Finalement, la durée effective du stage n'a été que de six semaines à 65 %, soit 20 heures par semaine au lieu de 31 heures 15. Le taux de présence de l'assuré pendant le stage était de 96 %. Les conclusions des maîtres de réadaptation, dans leur rapport du 20 mai 2008, étaient les suivantes :

"a) L'intéressé est inapte au travail :

1. Raisons liées à ses capacités physiques :

Monsieur R\_\_\_\_\_ souffre de lombalgies communes chroniques. Il ne peut maintenir les positions assise et debout sans inconfort plus de 45 minutes. La rotation et la flexion avant du tronc sont limitées. Il a besoin d'appuis importants pour ramasser quelque chose à terre. Les ports de charge sont exclus. Le tonus physique et moral est faible : M. R\_\_\_\_\_ semble abattu, il reste apathique si le cadre ne stimule pas un rythme. Malgré un temps de présence réduit à ARVA (20 heures par semaine), nous avons écourté le stage d'observation professionnelle. Il ne peut donc pas envisager de travailler dans son précédent métier (bagagiste d'hôtel), ni actuellement dans une activité industrielle légère.

2. Raisons liées à ses capacités d'adaptation et d'apprentissage :

A noter uniquement un déficit de mémoire à moyen terme et une certaine lenteur d'exécution dans les tâches à exécuter. Semblait "ailleurs" mentalement lors des animations de groupe.

3. Raisons liées à ses capacités d'intégration sociale :

Monsieur R\_\_\_\_\_ rencontre actuellement d'importantes difficultés au niveau de l'intégration sociale. En effet, il ne cherche pas de contact avec les autres (repli sur lui-même). Son image extérieure reflète son état dépressif (aspect parfois négligé, visage fermé et exprimant la souffrance, absence de sourires, etc...). Lors d'animations de groupe, il peut rester totalement statique, le regard dans le vague, absent de l'environnement extérieur. Il ne donne jamais son opinion sur les propos des autres. Lorsqu'il est sollicité, son discours est emprunt de pessimisme, voire de désespoir. Il reste passif par rapport aux aides proposées (est persuadé que plus rien ne peut changer pour ses souffrances physiques et morales).

Il doit donc poursuivre sa prise en charge médicale mise en place avant d'envisager toute activité, même dans un cadre protégé.

b) Cette inaptitude est-elle définitive ou provisoire ?

Cette inaptitude nous semble de longue durée mais seul le milieu médical peut se prononcer quant à son caractère définitif ou provisoire".

Les maîtres de réadaptation proposent ainsi la poursuite des traitements médicaux en cours pour les lombalgies et l'état dépressif, une discussion avec son médecin psychiatre sur l'opportunité d'introduire une demande de prestation d'invalidité et, selon l'évolution de la santé psychique, envisager des activités de bénévolat."

18. Par demande reçue le 3 novembre 2008, l'assuré a requis de nouveau des prestations de l'assurance-invalidité.
19. Dans son rapport du 29 novembre 2008, le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre, a certifié qu'il suivait l'assuré depuis le 29 mars 2006 à ce jour. Son patient était également en traitement chez le Dr A\_\_\_\_\_. L'état psychique de son patient s'était aggravé en 2006 et son médecin traitant lui avait alors conseillé un suivi psychiatrique. Dans un premier temps, le patient avait été traité avec de la Paroxétine. Depuis plusieurs mois, il était sous Duloxétine. Il avait tendance à s'enfermer chez lui et n'avait pas d'amis. Il souffrait de beaucoup de douleurs et présentait parfois des idées de mort, manquait d'énergie, présentait une fatigue importante, un abaissement de la thymie et une diminution de l'intérêt et du plaisir. Ce médecin a par ailleurs constaté une perturbation du sommeil, une diminution de la concentration et de l'attention, une baisse de la confiance en soi et une morosité vis-à-vis de l'avenir. Le Dr E\_\_\_\_\_ a émis les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.
20. Du 21 décembre 2008 au 14 janvier 2009, l'assuré a été hospitalisé au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont alors posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il s'agissait de la première hospitalisation en entrée non volontaire sur certificat établi par le Dr H\_\_\_\_\_ pour trouble dépressif avec projet suicidaire par abus médicamenteux. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait instauré plusieurs traitements, lesquels n'avaient pas amené une véritable amélioration. Les circonstances de l'hospitalisation s'articulaient autour d'un isolement social de plus en plus important avec clinophilie (le patient refusant de sortir de son lit), un refus de s'alimenter, un projet suicidaire pour le 24 décembre 2008 par abus médicamenteux, afin de rejoindre son père décédé deux ans auparavant. Le status à l'entrée était le suivant : patient calme, orienté, vigilant; tenue et hygiène corporelles correctes; thymie triste; idées suicidaires, sentiment de dévalorisation, anhédonie, abolie et clinophilie, sans anxiété objectivée. Le patient ne comprenait

pas son hospitalisation et banalisait les idées suicidaires. Les médecins des HUG avaient adapté son traitement médicamenteux avec une augmentation de l'Efexor à 225 mg par jour, ce qui avait été très bien supporté. Progressivement, l'évolution avait été favorable, le patient ayant retrouvé une certaine autonomie par rapport aux activités de la vie quotidienne. En fin de séjour, il reconnaissait qu'il pourrait bénéficier d'un élargissement de son réseau social. Néanmoins, il restait assez difficile pour le patient d'entreprendre des démarches à cet effet, mais il avait accepté de s'engager une fois à l'extérieur à faire des démarches pour éventuellement pouvoir intégrer un atelier ou des activités dans le cadre du bénévolat. Durant son séjour, le patient avait vu sa fille et sa mère à plusieurs reprises et pu renouer un certain dialogue avec elles.

21. Selon l'avis médical du 16 février 2009 du Dr I\_\_\_\_\_ du SMR, le Dr E\_\_\_\_\_ reprenait dans son rapport des éléments tout à fait similaires à ceux relevés dans l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2005. Cela étant, le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible par l'assuré.
22. Le 2 mars 2009, l'OCAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié depuis l'arrêt du Tribunal de céans du 19 avril 2006.
23. Lors de son audition en date du 18 mars 2009 par l'OCAI, l'assuré a produit le rapport du 21 janvier 2009 du Département de psychiatrie des HUG, ainsi que le rapport d'observation socio-professionnelle des EPI du 20 mai 2008 précités. Il a par ailleurs déclaré que sa capacité de travail était nulle dans toute activité entrant en ligne de compte, même dans des postes protégés ou une activité bénévole.
24. Dans son avis médical du 1<sup>er</sup> avril 2009, le Dr I\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le rapport d'hospitalisation du Département psychiatrique des HUG reflétait avant tout une exacerbation transitoire secondaire à des événements de vie, que l'évolution avait été rapidement favorable et qu'il ressortait de ce rapport que l'assuré pourrait bénéficier d'un élargissement de son réseau social avec la reprise d'une activité. Le Dr I\_\_\_\_\_ a en outre fait observer que toute la problématique douloureuse avait été évaluée lors de la première demande et n'était absolument pas mentionnée dans le rapport d'hospitalisation. Dans ces conditions, il a estimé qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau par rapport à l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, de sorte qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.
25. Par décision du 14 avril 2009, l'OCAI a confirmé son projet de décision précité.
26. Par acte du 14 mai 2009, 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'invalidité entière à compter du 3 novembre 2008, sous suite de dépens. Préalablement, il demande l'audition du Dr E\_\_\_\_\_ et, si nécessaire, la mise en œuvre d'une

nouvelle expertise psychiatrique. Se prévalant des rapports du Dr E\_\_\_\_\_, des EPI et du Département de psychiatrie des HUG, il estime avoir rendu plausible une aggravation évidente.

27. A l'appui de ses dires, il produit un rapport du 13 mai 2009 du Dr A\_\_\_\_\_, aux termes duquel son état de santé s'est très nettement dégradé du point de vue psychiatrique, durant l'année 2008. Ce médecin admet ne pas être psychiatre, de sorte qu'il ne peut pas poser de diagnostic, mais témoigne de cette péjoration. Selon le Dr A\_\_\_\_\_, la capacité de travail du patient est nulle et cela dans tous les emplois. Toutefois, sur le plan rhumatologique, le Dr A\_\_\_\_\_ ne peut pas attester une dégradation.
28. Dans son avis médical du 12 juin 2009, le SMR estime qu'il n'y a aucun élément nouveau, dès lors que le Dr A\_\_\_\_\_ atteste que l'état physique est stable.
29. Dans sa détermination du 15 juin 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en reprenant la motivation de sa décision, ainsi que les avis médicaux du SMR.
30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant a rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la décision sur opposition du 2 février 2006 de l'intimé, laquelle a été confirmée par arrêt du Tribunal de céans du 19 avril 2006.
4. 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 besoins 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<sup>er</sup> mars 2004). Cette exigence 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<sup>er</sup> 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).

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).

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 LPGa) - 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).

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).

5. En l'espèce, le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait mis en évidence aucune atteinte à la santé psychique, dans son rapport du 29 juillet 2005, notamment pas d'état dépressif ni trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, le recourant n'était à l'époque pas suivi sur le plan psychiatrique.

Or, depuis le 29 mars 2006, le recourant est en traitement chez le Dr E\_\_\_\_\_ et celui-ci a instauré un traitement antidépresseur. Ce médecin a par ailleurs diagnostiqué, dans son rapport du 29 novembre 2008, un trouble somatoforme douloureux persistant et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique.

Un trouble dépressif sévère a également été constaté par les maîtres de réadaptation professionnelle des EPI, dans leur rapport du 20 mai 2008. En effet, selon ceux-ci, le recourant rencontrait d'importantes difficultés au niveau de l'intégration sociale,

en cours du stage de six semaines qui avait débuté le 28 janvier 2008, et présentait un repli sur lui-même. Son image extérieure reflétait son état dépressif, ainsi que toute son attitude (position statique, regard dans le vague, absent). Son discours était emprunt de pessimisme, voire de désespoir, il restait également passif par rapport aux aides proposées. Ainsi, les maîtres de réadaptation ont estimé qu'il importait d'abord que le recourant fasse traiter son état dépressif.

A cela s'ajoute que le recourant a été hospitalisé du 21 décembre 2008 au 14 janvier 2009 pour un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Il est vrai que, à sa sortie, son état avait évolué positivement. Néanmoins, il convient de constater qu'il présentait, selon toute vraisemblance, un état dépressif important depuis plus d'une année, à savoir au plus tard depuis le début du stage aux EPI en date du 28 janvier 2008. Par ailleurs, selon le Dr A\_\_\_\_\_, l'état psychique du recourant ne s'est pas amélioré à sa sortie, dès lors qu'il a attesté une incapacité de travail totale encore le 13 mai 2009. Il ne peut ainsi être admis qu'il s'agit avant tout d'une exacerbation transitoire d'un état dépressif, secondaire à des événements de vie.

Par ailleurs, il ne saurait être considéré que les diagnostics du Dr E\_\_\_\_\_, ainsi que des médecins du Département de psychiatrie des HUG soient superposables à ceux posés par le Dr D\_\_\_\_\_. Au contraire, celui-ci n'avait constaté aucune atteinte à la santé psychique, alors même que les médecins traitants du recourant attestent aujourd'hui un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble somatoforme douloureux persistant.

Dans ces conditions, le Tribunal de céans estime que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé. Par conséquent, c'est à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé, afin qu'il entre en matière sur la demande de révision présentée par le recourant.
7. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
8. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 14 avril 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé, afin qu'il entre en matière sur la demande de révision présentée par le recourant.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 1'500 fr. au recourant à titre de dépens.
6. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis 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

Claire CHAVANNES

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