RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2349/2023 **ATAS/691/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 septembre 2023

Chambre 6

En la cause

A_____	recourant
Représenté par DCS-SPAd Secteur juridique	
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1983, de nationalité suisse, célibataire, a effectué un apprentissage de carreleur, sans obtention du CFC.

b. Il est au bénéfice, d'une part, d'une mesure de curatelle de portée générale auprès du service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd) depuis le 2 avril 2015, d'autre part, de l'hospice général.

B. **a.** Le 23 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant une toxicomanie et une dépression.

b. Le 14 septembre 2017, la docteure B_____, cheffe de clinique à l'unité de dépendance de médecine de premier recours et des urgences (UPDMPR) des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail due à une dépendance aux opiacés, à la cocaïne, une obésité sévère, des troubles du sommeil et des lombalgies chroniques.

c. Le département de santé mentale et de psychiatrie des HUG a attesté d'un séjour de l'assuré du 5 au 25 mars 2015 (unité hospitalière Sillons 2) en raison d'une aggravation d'une symptomatologie dépressive avec idées suicidaires (diagnostic principal d'épisode dépressif moyen) et du 15 au 30 avril 2015 (service d'addictologie) pour un sevrage de cocaïne et d'héroïne en vue d'un projet résidentiel au centre résidentiel à moyen terme (ci-après : CRMT).

d. Le 2 mai 2018, le docteur C_____, médecin au service de premier recours des HUG, a rendu un rapport dans lequel il a indiqué un suivi depuis le 1er novembre 2017 et des diagnostics incapacitants de trouble psychologique, troubles mentaux et du comportement liés à des substances (opiacés, sédatifs et cocaïne), une obésité et un épisode dépressif. Il pouvait travailler 3 heures par jour quatre fois par semaine, ce qu'il effectuait pour la fondation D_____ (menuiserie).

e. Le 3 décembre 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que la toxicomanie de l'assuré était primaire et qu'une instruction auprès du psychiatre-traitant était nécessaire.

f. Le 17 juillet 2019, le docteur E_____, médecin interne au service d'addictologie CAAP Arve des HUG, a rendu un rapport médical. L'assuré, qu'il suivait depuis novembre 2018, présentait les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (F11.22) ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.2) ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation épisodique (F13.26) ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de jeux vidéo ; trouble

dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F331) ; trouble de la personnalité, sans précision (F60.9).

L'assuré était totalement incapable de travailler. Il présentait une fatigue psychique et ne pouvait se confronter au regard des autres. Il était tombé dans la polytoxicomanie à l'âge de 20 ans, en était sorti à l'âge de 32 ans (séjour au CRMT), une seconde phase de consommation s'était installée en 2018 et, depuis, la consommation était moins importante qu'auparavant. La dépendance aux toxiques, aux jeux vidéo et la compensation par la nourriture était utilisée comme automédication pour la dépression et la régulation de ses émotions, dans le contexte de son trouble de la personnalité.

g. Le 13 septembre 2019, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise psychiatrique.

h. Le 5 février 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise, concluant à une dépendance au cannabis continue et aux opiacés et à la cocaïne avec utilisation épisodique qui était primaire et sans indices jurisprudentiels de gravité remplis, un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique évoluant depuis 2015 et léger depuis 2018 (rapport d'expertise p. 27), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendant, actuellement non décompensé, non incapacitant.

L'assuré était totalement capable de travailler depuis 2015. La capacité de travail pouvait être améliorée par une réadaptation professionnelle, une aide à la réinsertion après mise en place d'une suivi psychiatrique hebdomadaire, avec sevrage et traitement antidépresseur. En cas d'absence de soutien (réadaptation professionnelle et sevrage), l'évolution vers un état dépressif sévère était probable.

i. Le 18 février 2020, le SMR a retenu une capacité de travail totale de l'assuré.

j. Par décision du 8 mai 2020, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations.

k. Le 25 mars 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en joignant un rapport du 1er mars 2022 du docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'un suivi en 2015 (CAAP) et depuis septembre 2021 en privé ; un examen neuropsychologique à la recherche d'un trouble attentionnel était en cours ; il souffrait d'une dysthymie et d'un trouble de la personnalité, aggravés par des dépressions multiples que la pandémie avait exacerbées.

l. Le 6 mai 2022, Mesdames H_____ et I_____, neuropsychologues, ont rendu un rapport d'examen neuropsychologique, concluant à l'absence de déficit des fonctions exécutives et attentionnelles, hormis une légère précipitation, à un

déficit probable de l'attention sans hyperactivité actuellement, lequel était la cause très probable des difficultés de l'assuré rapportées au quotidien.

m. Par projet de décision du 6 juillet 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas modifié de manière à influencer ses droits.

n. Le 12 septembre 2022, le Dr G_____ a rendu un rapport médical, transmis au SPAd, selon lequel lors de la première demande, l'assuré était dans un résidentiel, avait une amie, travaillait dans des ateliers de réinsertion et était en mesure de se séparer de sa mère. Or, actuellement, il vivait seul, sans amie, sans atelier de réinsertion et passait tous les jours chez sa mère ; il allait mieux sur le plan de la dépendance mais moins bien sur le plan fonctionnel, il était clairement plus déficitaire sur le plan global.

o. Le 14 septembre 2022, l'assuré, représenté par le SPAd, a contesté le projet de décision. Il s'était investi dans un suivi avec le Dr G_____ et avait perdu 40 kg, démontrant qu'il faisait des efforts. Toutefois, un trouble de déficit de l'attention était diagnostiqué et avait influencé l'apprentissage durant l'enfance ; le Dr G_____ avait fait était d'une aggravation du trouble mixte de la personnalité ; malgré l'absence de consommation de drogues et ses efforts, son état s'était aggravé ; il subissait une péjoration sur le plan social.

p. Le 28 septembre 2022, le SMR a questionné le Dr G_____, lequel n'a pas répondu et le 2 mai 2023, le SMR a maintenu son avis du 29 juin 2022.

q. Le 3 octobre 2022, le SPAd a indiqué au Dr G_____ que son rapport n'avait pas pu être joint aux observations car arrivé trop tard mais que l'OAI avait indiqué examiner à nouveau le dossier.

r. Le 4 octobre 2022, le Dr G_____ a répondu au SPAd que le diagnostic principal était celui d'un trouble sévère de la personnalité qui avait commencé avant la survenance de la problématique addictologique.

s. Par décision du 13 juin 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.

C. **a.** Le 13 juillet 2023, l'assuré, représenté par le SPAd, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

b. Le 9 août 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c. Le 17 août 2023, le recourant a répliqué.

EN DROIT

1.

1.1 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) en vigueur dès le 1er 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).

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.

4.

4.1 Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

4.2 L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.) 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 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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. À 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. 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 108 consid. 2b p. 114).

4.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - 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. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, 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.

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves 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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien 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 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_596/2019 du 15 janvier 2020).

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 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

5. En l'occurrence, il convient, préalablement, de constater que le rapport du Dr G_____ du 12 septembre 2022 ainsi que son courriel du 4 octobre 2022 ne peuvent, bien qu'antérieurs à la décision litigieuse du 13 juin 2023, être pris en compte dès lors qu'ils n'ont pas été versés au dossier de l'intimé avant la décision litigieuse et que l'intimé n'en avait donc pas connaissance au moment où il a statué.

Cependant, des indices d'une modification déterminante, au sens de l'art. 87 RAI, par l'allégation d'une aggravation de l'état de santé du recourant, sont néanmoins réalisés, sur la seule base du rapport du 1er mars 2022 du Dr G_____, lequel a suivi le recourant en 2015 et depuis septembre 2021. Ce médecin a en effet relevé que ce dernier avait de la difficulté à fonctionner au quotidien, avec un sentiment de vide permanent, d'absence de but dans la vie et un fond de tristesse, des difficultés de compréhension et une aggravation du trouble de la personnalité par des dépressions multiples et la pandémie. Dans la mesure où une aggravation de l'état de santé est mentionnée par le psychiatre-traitant du recourant, l'intimé se devait d'instruire le cas du point de vue psychiatrique, ce d'autant que l'expert F_____ avait souligné, le 5 février 2020, qu'en cas d'absence de soutien en faveur du recourant, l'évolution de celui-ci vers un état dépressif sévère était probable.

6. Au demeurant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, selon décision du 22 avril 2021 de la Vice-présidente du tribunal de première instance (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 13 juin 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Renonce à la perception d'un émolument.
6. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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