

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2999/2011

ATAS/869/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2012

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M _____, domicilié à Genève

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 24 septembre 2003, Monsieur M _____ (ci-après l'assuré), né en 1975, a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE de Genève (ci-après l'OAI) une demande de rente invoquant une hépatite C, un trouble psychique et une toxicodépendance.
2. Dans son rapport du 28 octobre 2003, le Dr A _____, spécialiste FMH en hépatologie, a diagnostiqué une hépatite chronique C en traitement depuis septembre 2003. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Ce dernier se plaignait d'une fatigue importante et d'épisodes de nausées avec parfois des vomissements. Il n'y avait cependant pas d'incapacité de travail découlant de l'hépatite C.
3. Dans un rapport du 27 janvier 2004, le Dr B _____, médecin généraliste FMH traitant, a diagnostiqué une hépatite C ainsi qu'une toxicomanie en cure de méthadone au long cours. Le patient suivait en outre un traitement par Interferon. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} août 2002. L'état de santé était stationnaire et pouvait être amélioré par des mesures médicales et professionnelles. Une reprise de travail à 100 % était envisageable à l'avenir. L'activité exercée jusqu'alors serait encore exigible à 100 %, après traitement d'Interferon et psychothérapie. Il fallait s'attendre à une diminution modérée de rendement.
4. Dans un rapport du 4 novembre 2004, le Dr B _____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Il a précisé que son patient suivait une cure de méthadone, était borderline et avait été incarcéré. La toxicomanie avait causé une inconstance, un manque de concentration et une instabilité. Le pronostic était incertain. L'incapacité était toujours totale en raison d'une grande instabilité mentale et l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, ni aucune autre. La capacité de travail ne pouvait être améliorée. Une reprise de travail pourrait être possible à 50 ou 100 % dans les quatre ans.
5. Selon un rapport du 9 novembre 2004 du Dr A _____, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis avril 2004. La capacité de travail était entière, l'hépatite chronique C étant guérie.
6. L'assuré a été soumis à un examen psychiatrique, conduit par le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Dans son rapport du 16 mai 2006, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était toxicomane depuis l'âge de 12 ans. Il n'y avait pas de signe d'une autre maladie psychiatrique en dehors de cette toxicomanie. L'assuré présentait des traits de personnalité hyperthyme, hyperactive, peut-être dyssoziale. L'expert a écarté l'existence d'un trouble de la personnalité borderline, évoqué par les médecins traitants, en raison de la stabilité de l'assuré. Selon lui, il était tout à

fait exigible de l'expertisé de reprendre son travail, ce qu'il avait d'ailleurs fait entre novembre 2002 et juin 2003. La seule limitation à une reprise était le traitement qui, avec de très fortes doses de benzodiazépines, était à l'origine d'un trouble du sommeil, important à sévère, et empêchait l'assuré de travailler avant 9 heures du matin et après 21 heures le soir. Cette limitation devait facilement être éliminée par une adaptation *lege artis* du traitement médicamenteux.

7. La Dresse D _____, du SMR, a retenu le 26 mai 2006 que l'assuré était parfaitement apte à exercer sa profession, sans limitation fonctionnelle.
8. Par décision du 1^{er} novembre 2006, l'OAI a estimé que la toxicomanie primaire de l'assuré ne justifiait pas d'incapacité de travail et a rejeté la demande de prestations.

Le 27 novembre 2006, assisté d'un de ses médecins-traitants, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) -alors compétent-. Il a notamment indiqué qu'il était en traitement médical depuis plus d'une dizaine d'années pour des troubles du comportement ayant donné lieu à une toxicodépendance suite à plusieurs problèmes affectifs datant de son enfance.

9. Dans le cadre de l'instruction menée par le TCAS, les documents médicaux suivants ont été produits:

- le dossier médical du Conseil de surveillance psychiatrique de l'assuré contenant notamment trois résumés de séjour de la Clinique psychiatrique de Belle-Idée concernant des séjours du 3 au 6 avril 2000, du 24 au 26 avril 2001 et du 27 au 30 avril 2001, ainsi qu'une expertise de la Dresse F _____, psychiatre, du 9 octobre 2001, ordonnée dans le cadre de l'inculpation du recourant suite à des vols et des dommages à la propriété.

Dans son expertise, ce médecin a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, des traits de personnalité dyssociale, un syndrome de dépendance aux opiacés, substituée par méthadone sous surveillance médicale, un syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, un syndrome de dépendance tabagique et une virémie positive pour le virus de l'hépatite C, indiquant une hépatite C active. L'expertisé ne présentait pas de maladie mentale. Pour ses actes illicites, sa responsabilité était restreinte.

- un rapport du 17 janvier 2007 du Dr E _____, émettant l'avis que le Dr C _____ et le SMR avaient abouti à des conclusions erronées car ils n'avaient pas eu connaissance de l'expertise médicale judiciaire et du jugement pénal qui s'y rapportait, ainsi que des rapports de la Clinique psychiatrique universitaire de Genève et relevant que la situation de l'assuré n'avait pas été explorée au niveau psychotrope; le médecin faisait état d'importantes carences

et négligences parentales ainsi que d'abus sexuels, partiels, dans la prime adolescence, à l'extérieur du cadre familial; selon lui, l'assuré souffrait d'un trouble de développement traumatique selon VAN DER KOLK, d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, d'une probable dépression masquée, ainsi que d'une polypharmacodépendance en rémission vraisemblablement partielle; la précocité de la polypharmacodépendance était symptomatique du trouble développemental traumatique; le patient s'était livré à une délinquance de deux ordres, soit la revente de stupéfiants et des vols avec effraction, qui l'avaient conduit à une condamnation de 18 mois de prison; l'expertise psychiatrique établie alors avait conclu à un trouble borderline de la personnalité de type impulsif et/ou anti-sociale; le patient avait été mis sous contrôle, avec obligation de suivi psychiatrique et de suivi social; d'autre part, l'assuré avait fait plusieurs séjours psychiatriques; en conclusion, il souffrait d'un grave trouble de la personnalité entraînant des périodes prolongées d'incapacité de travail totales et d'un handicap psycho-relationnel chronique permanent; le Dr E_____ préconisait une évaluation par un psychiatre universitaire du Service d'abus de substances de Genève, un stage d'évaluation permettant de déterminer la capacité d'intégration et d'apprentissage, une évaluation quant à l'utilité de mesures de reclassement professionnel ou d'aide au retour à l'emploi à la charge de l'assurance-invalidité, ainsi que la mise au bénéfice d'un suivi socio-éducatif prolongé;

- un courrier du 3 avril 2007 du professeur G_____, médecin légiste ayant visé l'expertise de la Dresse F_____, dans lequel ce médecin indiquait que la toxicomanie était secondaire au trouble de la personnalité, trouble qui n'était pas *stricto sensu* assimilable à une maladie mentale; il estimait qu'à l'époque de l'expertise, soit en 2001, l'expertisé devait présenter une capacité de travail réduite, dont le pourcentage était difficile à évaluer rétrospectivement;
- un avis du SMR du 22 juin 2007 qualifiant la réponse du professeur G_____ de contradictoire, puisqu'il admettait une toxicomanie secondaire au trouble de la personnalité, en mentionnant que ce trouble n'était pas assimilable à une maladie mentale, ce qui était bien la preuve que la toxicomanie était primaire; par ailleurs, si le trouble de la personnalité n'était pas invalidant, il ne pouvait y avoir d'incapacité de travail sur le plan psychique; enfin, même si aucun employeur ne pouvait tolérer un employé toxicomane et désinséré socialement, il fallait admettre que si l'assuré cessait sa consommation de toxiques, il recouvrerait une capacité de travail entière;
- un rapport du Dr E_____ du 27 août 2007 concluant à une personnalité dyssociale avec traits borderline et narcissiques, ayant valeur de maladie psychique grave et entraînant un handicap permanent psycho-relationnel, entravant notoirement sa capacité de travail; le médecin précisait que ce trouble avait débuté dans l'enfance et s'était manifesté par un trouble des conduites puis

s'était associé à une polytoxicomanie précoce grave qui avait entraîné une hépatite C par usage de matériel d'injection contaminé; il relevait que le recourant avait fait quatre tentatives de suicide compatibles avec des épisodes dépressifs brefs, évoquant l'enfance de l'assuré et qualifiant sa capacité de travail résiduelle de faible, voire nulle; le pronostic médico-social des troubles psychiques était très réservé;

- un rapport d'expertise du 27 juillet 2008 du Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par le TCAS; ce médecin a diagnostiqué un trouble dépendance au cannabis, un trouble dépendance aux benzodiazépines traité par agonistes, un trouble dépendance aux opiacés traité par agonistes, ainsi qu'une personnalité antisociale. L'expertisé n'avait pas de suivi psychiatrique par un spécialiste. Il avait présenté des troubles du comportement dès le début de l'adolescence, qui avaient continué à se manifester tout au long de son existence, notamment par un mauvais contrôle des impulsions et l'altération du fonctionnement social. Les critères d'un trouble de la personnalité borderline ou émotionnellement labile, type borderline, étaient insuffisamment nombreux pour arriver au seuil diagnostique. Par ailleurs, l'assuré présentait une certaine stabilité depuis quelques années et avait été capable de travailler. Depuis sa sortie de prison en 2002, il n'avait pas fait l'objet de nouvelles poursuites pénales et paraissait avoir une relation stable avec son amie. La toxicomanie se faisait discrète avec le suivi du médecin traitant et les produits de substitution. L'on était loin des pathologies qui justifiaient une incapacité de travail. Seul le diagnostic de troubles de personnalité antisociale pouvait être retenu, appréciation qui rejoignait celle du Dr C_____. Il n'y avait pas d'autres troubles psychiatriques, notamment pas d'état dépressif, d'anxiété pathologique, de trouble relevant de la lignée psychotique ou d'atteinte cérébrale organique. Les troubles attentionnels et mnésiques signalés étaient communs à la prise de benzodiazépines. Dans la règle, ils étaient réversibles à l'arrêt de celles-ci. En conclusion, le recourant présentait une dépendance à plusieurs substances additives, ainsi qu'un trouble de la personnalité antisociale. Ces troubles pouvaient certes poser des problèmes dans le milieu normal du travail, en raison notamment d'une impulsivité et d'une certaine intolérance à la frustration, mais l'assuré était capable de respecter un cadre minimal. Le pronostic n'était pas forcément mauvais. L'assuré avait beaucoup de ressources et il était tout à fait exigible qu'il reprît son activité antérieure de mécanicien sur automobile à plein temps. Il pouvait également exercer une multitude d'autres emplois, tels qu'employé postal, vendeur d'automobiles ou de pièces détachées. Il devrait en revanche bénéficier d'une aide au placement.

10. Par arrêt du 29 avril 2008, le TCAS a rejeté le recours, sur la base de l'expertise du Dr H_____.

11. Cet arrêt a été confirmé en date du 17 septembre 2008 par le Tribunal fédéral (ATF non publié 9C_461/2008).
12. Le 12 octobre 2010, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de révision motivée par une maladie psychiatrique, des problèmes de dos (vertèbres soudées et scoliose aggravante), une perte de la sensibilité de la moitié de la main droite suite à la section d'un nerf lors d'un accident et une dépendance médicale aux médicaments.
13. Invité par l'OAI le 15 octobre à produire dans un délai de 30 jours les documents permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé alléguée, l'assuré a sollicité un délai supplémentaire jusqu'en janvier 2011.
14. Le 26 avril 2011, l'assuré a finalement transmis à l'OAI un rapport établi au cours du mois d'avril 2011 par le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, notamment des enfants et adolescents.

Après avoir procédé à une anamnèse sociale, professionnelle et médicale de l'assuré, le Dr I_____ a posé les diagnostics suivants : personnalité dyssociale (F 60.2), dépendance aux opiacés avec substitution, au cannabis, aux sédatifs et hypnotiques (F 11 - 12- 13.22), trouble anxieux mixte avec ruminations et comportement compulsif (crises d'angoisse) (F 41.3) et trouble du rythme veille-sommeil non-organique, somnambulisme (F 51 2 et 3).

Le Dr I_____ disait avoir du mal à imaginer que son patient puisse travailler; selon lui, la rente paraissait être la seule issue possible.

15. Le 8 juin 2011, la Dresse J_____, du SMR, a émis l'avis que le rapport du Dr I_____ était un plaidoyer contre l'expertise judiciaire du Dr H_____ et qu'il s'agissait d'une opinion différente concernant un même état de fait. Le SMR relevait en outre que le Dr I_____ remettait en question l'arrêt du Tribunal fédéral et les classifications internationales. Le médecin du SMR concluait qu'il n'y avait aucun élément en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte.
16. Par décision du 2 septembre 2011, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, faute d'éléments en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte.
17. Par acte daté du 26 octobre 2011, mais posté le 30 septembre 2011, l'assuré (ci-après : le recourant) a formé recours devant la Cour de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il soutient que l'expertise du Dr I_____ n'a pas été interprétée et prise en compte à sa juste valeur, alors qu'elle discute de diagnostics différents, qui n'ont pas été pris en considération par l'OAI.

18. Le recourant a produit un rapport du 2 novembre 2011 du Dr B _____ qui atteste le suivre depuis 1999 pour une cure de méthadone. Outre les diagnostics psychiatriques évoqués par le Dr I _____, le médecin allègue que son patient souffre de diverses affections qui l'empêchent d'exercer son métier de mécanicien avec suffisamment d'efficacité et de rendement, à savoir :

1. un nerf cubital droit sectionné par du verre avec pour séquelle une insensibilité des doigts D4 et D5 droits ainsi qu'une partie de la paume de la main provoquant des lâchages d'objets et d'outils;

2. une section traumatique du ligament inter digital D1 et D2 droits lors d'une chute, dont il résulte un manque de force de la pince (pouce-index), des lâchages, une difficulté à tenir un stylo pour écrire, en même temps que l'apparition de douleurs jusqu'au coude;

3. des lombalgies sur scoliose lombaire chronique entraînant une incapacité à effectuer des travaux lourds ou dans des positions difficiles;

4. un alcoolisme chronique récent (2009) qui perturbe ses performances.

19. L'OAI (ci-après : l'intimé) a fait valoir, par écriture du 8 décembre 2011, qu'il appartient à l'assuré de transmettre les éléments médicaux permettant de justifier le droit à une rente. Or, ce n'est qu'à l'appui de son acte de recours que l'assuré a produit l'attestation du Dr B _____, qui fait état de problèmes neurologiques jamais évoqués préalablement par les médecins-traitants. L'OAI conclut au rejet du recours, subsidiairement, à ce que la Cour lui transmette les documents produits afin d'examiner l'opportunité d'entrer en matière sur ce qui est à considérer comme une nouvelle demande de révision.

20. Le 16 janvier 2012, le recourant a complété son mémoire de recours.

Il soutient tout d'abord que l'expertise du Dr I _____ met en évidence non seulement l'existence de troubles qui n'existaient pas lors de l'expertise pratiquée par le Dr H _____ mais également une aggravation de son état de santé.

En outre, le recourant relève qu'il rencontre des problèmes aux mains et au dos, qui l'empêchent de pratiquer son métier de mécanicien. L'origine de ces problèmes est ancienne mais ils ont été relégués au second plan en raison des graves difficultés rencontrées par ailleurs (état psychique, dépendances, prison, hépatite C, errance, etc.).

Enfin, le recourant mentionne son alcoolisme récent, qui constitue une nouvelle pathologie et qui perturbe ses fonctions.

21. Par écriture du 24 février 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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 345 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et 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 ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis novembre 2006 au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. A titre liminaire, il convient cependant de déterminer si la décision litigieuse constitue une décision de non-entrée en matière malgré la terminologie employée par l'intimé ou s'il s'agit au contraire d'une décision sur le fond, rejetant la demande de prestations.

a) 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI.

L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons.2b, 117 V 198 cons.4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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'entrer 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'article 87 al.3 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 cons.2b).

b) La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'article 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de

l'article 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière - porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le TFA n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples ("einfache Abklärungshandlungen", ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid.3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (ATFA non publié du I 47/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (ATFA non publié I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3).

A cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater *prima facie* l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics - son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus.

Finalement, il faut garder à l'esprit que la procédure sommaire prévue par l'article 87 al. 3 RAI ne doit pas être vidée de son sens. Le règlement instaure un système dans lequel une demande de révision présentée par l'assuré peut être écartée après un examen sommaire, ce qui ne signifie pas que la moindre analyse ou mesure d'instruction à laquelle aurait procédé l'administration revienne automatiquement à une entrée en matière implicite. En revanche, cette procédure simplifiée ne doit pas

non plus être comprise par l'administration comme l'autorisant à écarter d'emblée et hâtivement toutes les demandes de révision présentées par les assurés au motif que la modification des circonstances n'a pas été rendue plausible. S'il n'est pas possible de tracer abstraitement une limite précise entre les deux situations, il convient d'examiner au cas par cas si l'examen – par l'OAI lui-même ou par les spécialistes interpellés dans le cadre des mesures d'instruction admissibles - de la plausibilité reste sommaire ou si, au contraire, il s'étend à des considérations plus fouillées en relation avec la modification des circonstances ou des effets de celle-ci sur la capacité de travail ou de gain.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349) (ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008).

7. a) En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande le 12 octobre 2010 en invoquant une maladie psychiatrique, des problèmes de dos (vertèbres soudées ensemble, scoliose aggravante), une perte de sensibilité de la moitié de la main droite suite à un nerf coupé après un accident et une dépendance médicale aux médicaments. Le 15 mars 2011, l'intimé a adressé au recourant un projet de décision de refus d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. En d'autres termes, l'office incriminé considérait que le recourant n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé. Suite à la réception du rapport du Dr I_____, le 26 avril 2011, le gestionnaire en charge du dossier a demandé au SMR, en date du 28 avril 2011, si les éléments apportés par le médecin précité permettaient d'entrer en matière et d'instruire la nouvelle demande. Après avoir examiné le rapport déposé le 26 avril 2011, le SMR a considéré que le Dr I_____ adoptait uniquement une opinion différente concernant un même état de fait sans amener d'éléments en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte. En guise de conclusion, le rapport du SMR contenait l'inscription manuscrite suivante « => refus ». Le 20 juin 2011, l'intimé a rendu une décision de refus de toute prestation.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que, malgré la formulation erronée de la décision du 20 juin 2011, qui fait état d'un refus de prestations, il s'agissait en réalité d'un refus d'entrer en matière. En effet, en saisissant le SMR, l'OAI a procédé à des investigations non pas approfondies mais sommaires, portant sur le

caractère plausible de l'aggravation de la santé. Le rapport du Dr I _____ n'a en particulier pas été discuté sur le fond. Par ailleurs, c'est bien dans ce sens que la demande a été formulée au SMR en date du 28 avril 2011.

Par conséquent, en application de la jurisprudence fédérale, et notamment de l'ATFA non publié du I 47/06 du 25 août 2006, il y a lieu de qualifier la décision du 20 juin 2011 de non-entrée en matière sur la nouvelle demande malgré la terminologie employée.

8. Dès lors, il y a lieu de déterminer si l'attestation du Dr B _____ du 2 novembre 2011 doit être prise en considération pour examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé.

a/aa) Dans l'ATF 130 V 64, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure de l'article 87 al.3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a notamment précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'article 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31.12.2002; actuellement, v. 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'article 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (voir art.5 al.3 et 9 Cst.féd.; ATF non publié H 290/98 du 13 juillet 2000). 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.

a/bb) 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).

b) En l'espèce, force est de constater que l'intimé a impartit au recourant, par courrier du 15 octobre 2010, un délai de 30 jours pour produire tous les documents utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière évaluation. Ce délai était accompagné de l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission, à savoir un refus d'entrer en matière. Par conséquent, en application de l'ATF 130 V 64, la Cour de céans doit se fonder sur les faits tels

qu'ils se présentaient à l'intimé au moment de la décision litigieuse, de sorte que le rapport du Dr B_____ du 2 novembre 2011 ne saurait être pris en considération.

9. Reste à déterminer si le recourant -au moment de la décision litigieuse- avait rendu plausible une modification de son état de santé et partant, si l'intimé se devait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

a) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al. 3 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 lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (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 la référence sous note no 27).

b/aa) D'emblée, la Cour de céans constate que les problèmes de dos (vertèbres soudées ensemble et scoliose aggravante), la perte de la sensibilité de la moitié de la main droite suite à un nerf coupé après un accident et de la dépendance médicale aux médicaments n'ont pas été rendus plausibles, aucun rapport médical n'ayant été transmis à l'OAI avant qu'il ne rende la décision querellée, étant ici rappelé que le courrier du Dr B_____ du 2 novembre 2011 ne saurait être pris en considération, puisqu'il n'a été produit qu'au cours de la procédure de recours.

b/bb) S'agissant du rapport du Dr I_____ du mois d'avril 2011, force est de constater qu'il critique essentiellement l'expertise du Dr H_____, à laquelle une pleine valeur probante a été reconnue par le TCAS et le Tribunal fédéral. Pour le surplus, ce médecin n'apporte aucun élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant mais porte au contraire un regard différent sur un état de fait d'ores et déjà pris en considération par les juges. Dans ce contexte, la Cour de céans relève que le recourant n'a pas été en mesure d'expliquer précisément en quoi consistait l'aggravation de son état de santé.

Par conséquent, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 22 septembre 2011.

Enfin, s'agissant du rapport du Dr B_____ du 2 novembre 2011, produit en cours de procédure, il doit être qualifié de nouvelle demande que l'intimé est invité à examiner dans les meilleurs délais.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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