

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3425/2010

ATAS/111/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 1<sup>er</sup> février 2011**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et  
Norbert HECK, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1972, ressortissant français, père de quatre enfants, est arrivé en Suisse en 1996. Il a travaillé en qualité de monteur-électricien et de chef de chantier pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA du 3 octobre 2005 au 29 juin 2007, date dès laquelle il a été en arrêt de travail. Il a été licencié au 30 juin 2008.
2. Le 22 février 2008, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) une première demande de prestations. Il a indiqué souffrir d'une dépression chronique et d'un trouble bipolaire depuis plus de dix ans.
3. Dans un rapport du 4 avril 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu un trouble bipolaire de type II sans précision et un trait de trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, survenus à la fin de l'adolescence, et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dipsomanie dès l'âge de 14 ans. L'incapacité de travail était totale dans l'activité précédente d'électricien du mois de juin 2007 au 31 janvier 2008. Les limitations de l'assuré concernaient son irritabilité importante, son intolérance à la moindre frustration, son trouble du sommeil, sa fluctuation de l'humeur dans le contexte d'un trouble bipolaire, son trouble de la personnalité impulsif ainsi que ses capacités de concentration et d'adaptation limitées. D'après le médecin, il y avait lieu de trouver un traitement médicamenteux pouvant stabiliser l'humeur de l'assuré, maintenir sa bonne compliance au traitement, son abstinence à l'alcool et améliorer son intolérance à la frustration. Dans ce contexte, il proposait des mesures de réadaptation professionnelle afin de diminuer le stress chez l'assuré, qui devait pouvoir exercer une activité lucrative nécessitant un minimum de contacts. Une activité professionnelle était envisageable à 50% dès mai-juin 2008.
4. Le Dr M\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé dans son rapport du 17 avril 2008 les diagnostics de trouble bipolaire (F31.9) survenu à l'adolescence, de troubles mentaux et troubles du comportement, de dipsomanie et de trouble de la personnalité émotionnellement labile et a signalé que l'assuré avait été hospitalisé du 5 au 20 novembre 2007. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de juin 2007 dans toute activité lucrative. Le médecin a constaté que l'assuré était actuellement tendu, souvent irrité et agressif et qu'il pourrait probablement stabiliser son état de santé sans exercer une activité lucrative.
5. Par rapport du 25 avril 2008, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le début du mois d'avril 2008, a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire de type II sans précision (F31.9), de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de l'alcool, dipsomanie (F10.2) et de traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.31), tous ces troubles étant présents depuis l'adolescence. Le

médecin a relevé que l'assuré avait été hospitalisé à six reprises à Belle-Idée, soit deux fois en 1997 et en 1998, puis en décembre 2005 et en juillet 2007. Il présentait une totale incapacité de travail dans sa précédente profession depuis le mois de juin 2007. Selon le Dr N\_\_\_\_\_, une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable pour l'instant. Le stress professionnel pouvait en effet déclencher une nouvelle crise maniforme, l'état de santé de l'assuré n'étant toujours pas stabilisé par un traitement médicamenteux et sa capacité d'adaptation ainsi que sa résistance étaient limitées.

6. L'assureur perte de gain de l'assuré a diligenté une expertise qu'il a confiée au Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après CEMed).

Ce dernier a rendu son rapport le 7 mai 2008. Après avoir procédé à l'anamnèse complète de l'assuré, à l'étude de son dossier médical et à son examen clinique, le Dr O\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7), de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) avec des traits dyssociaux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation continue (F12.25).

L'expert a constaté que l'assuré ne présentait pas de troubles de l'humeur (notamment pas de tristesse ni d'élation), ni de troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni d'élément psychotique ou psychopathologique manifeste, ni de labilité émotionnelle ou d'agressivité. Son comportement était adéquat. Le Dr O\_\_\_\_\_ a considéré que le trouble bipolaire n'était pas sévère et s'était stabilisé après avoir durant les quatre années précédentes provoqué une instabilité psychique assez importante. Le trouble de la personnalité était quant à lui moyennement sévère. En effet, ce trouble avait conduit à une peine privative de liberté, mais n'avait toutefois pas empêché l'assuré d'exercer une activité lucrative. Sa situation avait été rendue difficile par des changements de suivi thérapeutique et une évolution assez instable de son état clinique nécessitant plusieurs modifications de traitement.

En conclusion, l'expert a considéré que l'assuré était apte à reprendre sa précédente activité à 100% sans diminution de rendement. Si la difficulté de l'assuré à accepter toute forme d'autorité limitait la reprise d'une activité professionnelle, cet élément était surmontable. Le Dr O\_\_\_\_\_ a souligné que l'assuré avait fait une demande de prestations auprès de l'OAI mais ne semblait pas très motivé à reprendre une activité professionnelle. Ce manque de motivation était de plus influencé de manière négative par la consommation de cannabis, qui devait être arrêtée. L'administration de lithium devait être ordonnée en raison de l'impulsivité de l'assuré, mais la prise en charge thérapeutique était adaptée pour le surplus.

7. Par avis du 9 mai 2008, la Dresse P \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après SMR), a constaté que l'incapacité de travail de l'assuré était totale à ce jour et que sa capacité de travail atteindrait 50% au maximum dès la stabilisation de son état de santé.
8. Le 13 mai 2008, l'OAI a signifié à l'assuré une décision de refus de mesures professionnelles, celles-ci étant incompatibles avec son état de santé.
9. Par décision du 27 mai 2008, l'assureur perte de gain a mis un terme aux indemnités journalières versées à l'assuré au 31 mai 2008 en se fondant sur les résultats d'une visite de contrôle passée auprès du Dr Q \_\_\_\_\_, médecin-conseil et spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et sur l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_.
10. Par courrier du 3 juillet 2008, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI le rapport d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 15 décembre 2007 du Dr Q \_\_\_\_\_, qui attestait d'une capacité de travail nulle du 10 juillet au 30 septembre 2007 et de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007 « pendant quelque temps », puis de 100%.
11. Dans son rapport du 15 août 2008, le Dr N \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Le Lithiofor® commençait à faire de l'effet mais l'état de santé de l'assuré ne s'était pas encore stabilisé et celui-ci risquait toujours de présenter une crise maniforme. L'incapacité de travail était totale dans toute activité lucrative. Les limitations concernaient un trouble du sommeil, une accélération de la pensée, une distractibilité, une grande impulsivité, une fréquente irritabilité, une intolérance au stress et à la foule, éléments qui provoquaient des crises maniformes.
12. Par avis du 7 octobre 2008, la Dresse P \_\_\_\_\_ a pris note des conclusions de l'expertise, qu'elle estimait être convaincantes, et a conclu à une capacité de travail entière dès le 7 mai 2008.
13. Le 8 octobre 2008, l'OAI a signifié à l'assuré un projet de refus de toute prestation de l'assurance-invalidité. Il a rappelé que l'incapacité de travail de l'assuré ne s'étendait que du mois de juin 2007 au 6 mai 2008. A l'issue du délai de carence, soit dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, il était en effet à nouveau apte à travailler à 100% dans toute activité, ce qui excluait tout droit à une rente ou à des mesures professionnelles.
14. Par courrier du 6 novembre 2008, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a notamment soutenu qu'il y avait lieu de suivre les rapports des Drs M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_, lesquels concluaient à une totale incapacité de travail.
15. Par décision du 14 novembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 octobre 2008.

16. Par courrier du 3 février 2009, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 26 janvier 2009 par le Dr N\_\_\_\_\_, lequel a rappelé les diverses hospitalisations de l'assuré, l'extrême gravité de ses troubles psychiatriques qui le faisaient souffrir depuis l'adolescence et l'inefficacité des traitements médicamenteux et des multiples thérapies. Le médecin concluait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans sa profession d'électricien et qu'un reclassement professionnel se solderait vraisemblablement par un échec à court ou moyen terme en raison des diverses pathologies psychiatriques présentées par l'assuré, de son extrême vulnérabilité psychique et de son incapacité à gérer le stress inhérent à une quelconque activité lucrative.
17. Par courrier recommandé du 19 mars 2008, l'OAI a une nouvelle fois notifié sa décision du 14 novembre 2008 à la mandataire de l'assuré, qui lui avait affirmé ne pas l'avoir reçue lors de sa première expédition par courrier du 10 février 2008, de sorte que le délai pour recourir a été prolongé.
18. Par acte du 7 avril 2009, l'assuré a recouru contre la décision du 14 novembre 2008, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a allégué qu'il y avait lieu de se fonder sur les rapports des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ pour établir sa capacité de travail et non sur le rapport du CEMed. Si les conclusions de ses médecins traitants ne devaient pas être suivies, seul un examen objectif et neutre par un expert mandaté par le Tribunal cantonal des assurances sociales permettrait d'évaluer son état de santé et son éventuelle capacité de travail résiduelle.
19. Par arrêt du 8 septembre 2009 (ATAS/1099/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a confirmé la décision de l'OAI. Il a retenu en substance que les rapports des médecins traitants de l'assuré ne suffisaient pas à remettre en cause l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, laquelle correspondait aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. En effet, si les médecins traitants de l'assuré renaient les mêmes diagnostics que l'expert, leurs conclusions quant à l'incapacité de travail totale de l'assuré n'étaient guère motivées. Conformément aux conclusions de l'expert, l'assuré disposait dès lors d'une pleine capacité de travail, de sorte qu'il n'avait pas droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.
20. Le 20 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'OAI en raison de ses troubles bipolaires. Il a joint à sa demande un résumé de séjour au Département de psychiatrie des HUG établi par les Drs R\_\_\_\_\_, chef de clinique, et S\_\_\_\_\_, médecin interne, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé en raison d'une décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble bipolaire du 22 octobre au 2 novembre 2009. Les médecins ont retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne (F31.3), troubles mentaux et troubles du

comportement sur alcool, syndrome de dépendance actuellement abstinent (F10.20) et de troubles mentaux et troubles du comportement sur dérivés de cannabis, syndrome de dépendance actuellement abstinent (F12.20). Les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont indiqué que le refus de rente de l'assurance-invalidité avait conduit l'assuré à développer des idées noires et suicidaires scénarisées. Il avait de plus consommé dix bières le jour de son hospitalisation, après une période d'abstinence d'un an, ce qui avait conduit à son admission d'abord au service des urgences puis au service de psychiatrie. L'assuré présentait une symptomatologie dépressive moyenne avec des idées suicidaires à son entrée. Des contrôles sanguins avaient permis d'établir qu'avant son hospitalisation, l'assuré prenait son traitement médicamenteux à hautes doses sans avis médical. Une adaptation du dosage de ce traitement avait conduit à une réponse favorable, et en l'absence de critère de gravité, l'assuré avait pu regagner son domicile.

21. Dans un avis du 3 juin 2010, la Dresse T\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé que les symptômes ayant conduit à l'hospitalisation de l'assuré étaient consécutifs au refus de la rente, et relevaient dès lors d'un état dépressif réactionnel qui ne constituait pas d'aggravation durable de son état de santé. La Dresse T\_\_\_\_\_ a dès lors préconisé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.
22. Le 16 juin 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il refusait d'entrer en matière sur sa demande de prestations, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé.
23. L'assuré a contesté le projet de décision par courrier du 5 juillet 2010 et a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
24. L'assuré, par son mandataire, a souligné dans un courrier à l'OAI du 12 août 2010 que son état de santé s'était gravement dégradé depuis sa demande de février 2008. Il avait été hospitalisé et souffrait depuis peu d'idées noires et suicidaires, ce qui diminuait encore sa capacité de travail qui était nulle.
25. La Dresse T\_\_\_\_\_ a relevé dans un avis du 31 août 2010 que l'assuré ne présentait aucun élément médical nouveau démontrant une aggravation objective et durable de son état de santé depuis le 7 octobre 2008, et que les conclusions prises à l'époque par le SMR restaient dès lors valables.
26. Par décision du 31 août 2010, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations.
27. Le 10 septembre 2010, le Dr U\_\_\_\_\_, médecin adjoint du Programme des troubles bipolaires des HUG et Madame C\_\_\_\_\_, psychologue FSP, ont établi un bilan concernant l'assuré à la suite de trois entretiens avec ce dernier. Ils ont retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire de type I probable (F.31),

troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dipsomanie (F10.2) et traits de personnalité antisociale (F60.2) et émotionnellement labile de type impulsif (F60.31). Le status psychiatrique a révélé que l'assuré était collaborant et ne présentait pas d'idées suicidaires. Ce dernier avait dans un premier temps rapporté des troubles du sommeil, dont il ne s'était cependant plus plaint par la suite. Sur la base des informations recueillies, les spécialistes ont conclu que l'assuré souffrait vraisemblablement d'un trouble bipolaire de type I en raison de la sévérité des symptômes rapportés (notamment perte de sommeil, fuite des idées, agressivité) et des symptômes psychotiques (délires de grandeur et impression d'être le diable), tout en précisant qu'il était difficile d'évaluer plus précisément la gravité des troubles pendant ces phases et de déterminer avec certitude la présence d'hypomanie sévère ou de manie, en raison des troubles de mémoire induits par l'alcoolisation massive de l'assuré et de l'absence de témoignages de ses proches. Ainsi, cette précision de diagnostic devait encore être confirmée. Le traitement médicamenteux restait toutefois le même.

28. Par écriture du 6 octobre 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé). Il conclut à l'annulation de la décision de l'intimé et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Le recourant allègue que son hospitalisation à l'automne 2009 constitue une rechute importante et est survenue à une période où il ne consommait ni alcool, ni cannabis. Il se réfère également au bilan établi par les HUG, dont il prétend qu'il établit clairement une aggravation de son état de santé.
29. Par décision du 11 octobre 2010, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.
30. La Dresse T\_\_\_\_\_ a pris position sur le bilan établi par les spécialistes du Programme bipolaire des HUG dans un avis du 21 octobre 2010. Elle souligne que le recourant n'était pas décompensé au moment du bilan. Le trouble bipolaire de type I étant compensé et en rémission, le bilan ne modifiait pas les conclusions du SMR.
31. Dans sa réponse du 4 novembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il allègue que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Se référant à l'avis du SMR du 21 octobre 2010, l'intimé souligne que le bilan des HUG n'amène aucun élément nouveau sur le plan médical et qu'il n'existe pas d'affection d'ordre psychique stable et durable susceptible de modifier le droit du recourant à une rente.
32. Copie de cette écriture a été transmise au recourant par pli du 10 novembre 2010.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b).

3. Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, singulièrement si ce dernier a rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé.
5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1).

b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, 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 (ATF 109 V 108, consid. 2b).

c) L'exigence sur le 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 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; ATF I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa).

d) 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; ATF 109 V 262, consid. 4a).

6. En l'espèce, le recourant fait valoir à l'appui de sa nouvelle demande une hospitalisation au Département de psychiatrie des HUG. Le rapport établi à la suite de son séjour dans ce service ne révèle toutefois aucun trouble nouveau, mais confirme des diagnostics dont l'incidence sur la capacité de travail du recourant a déjà été examinée dans le cadre de l'arrêt rendu en septembre 2009 par le Tribunal cantonal des assurances sociales. Si le recourant se trouvait au moment de son hospitalisation en décompensation, il y a lieu de relever que son état de santé s'est rapidement amélioré grâce à l'adaptation de son traitement médicamenteux et que les médecins n'ont pas considéré son état comme grave, de sorte qu'il a pu rapidement quitter l'hôpital. Cette brève hospitalisation ne suffit dès lors pas à rendre vraisemblable une modification durable de son état de santé qui influencerait sur son droit à une rente. En outre, et contrairement à ce qu'affirme le recourant, on ne peut considérer que cet épisode de décompensation marque une aggravation de son état de santé du fait qu'il serait survenu malgré son abstinence à l'alcool et au cannabis. En effet, comme le soulignent les médecins qui ont traité le recourant durant son séjour, c'est précisément en raison de son absorption massive d'alcool que ce dernier a été pris en charge par le Service des urgences, puis le Service de psychiatrie des HUG.

Quant au bilan établi par le Dr U\_\_\_\_\_ et la psychologue, on peut se demander, conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, s'il convient d'en tenir compte dans le cadre du présent recours dès lors qu'il est postérieur à la décision de l'intimé. Quoi qu'il en soit, ce rapport ne démontre pas non plus d'aggravation puisque ses auteurs reprennent les diagnostics déjà posés par d'autres médecins, en précisant que le trouble bipolaire dont est atteint le recourant est vraisemblablement de type I. On notera en particulier que ce rapport indique expressément que le

recourant n'a pas d'idées suicidaires, alors que ce dernier alléguait précisément une aggravation de son état de santé en raison de l'apparition de tels symptômes dans son écriture du 12 août 2010. Enfin, le médecin et la psychologue n'ont pu observer aucun des symptômes psychotiques rapportés par le recourant, et qui établiraient une aggravation de son état de santé, lors des trois entretiens qu'ils ont eus avec lui. Ce document ne contient pour le surplus aucune indication qui permettrait de conclure à une dégradation de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de rente, et ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail de ce dernier.

Ainsi, ces deux rapports ne suffisent pas à rendre vraisemblable une détérioration de l'état de santé du recourant, et c'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

7. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé sera confirmée.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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