REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3696/2006 **ATAS/1459/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 20 décembre 2007

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à CHENE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Olivier LEVY et Christine KOEPPEL, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1949, de nationalité algérienne, a déposé en date du 24 novembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Après avoir suivi une formation en informatique puis en restauration, il a été fonctionnaire de 1971 à 1991, puis directeur de restaurant de 1992 à 1999 et s'est finalement établi comme restaurateur à son compte en 2001 (pce 1 OCAI).

2. Du rapport établi le 9 février 2005 par le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, il ressort que l'assuré souffre des séquelles d'une poliomyélite du membre inférieur gauche intervenue dans l'enfance. Le médecin a indiqué qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail en rapport avec ce diagnostic. Son patient se plaignait de fatigabilité accrue en relation avec la déambulation (qui restait toutefois possible). Le médecin a constaté une impotence fonctionnelle partielle du membre inférieur gauche post-polio. Il a souligné que cette affection était stationnaire depuis près de quarante ans, que la répercussion de cette atteinte à la santé sur l'activité de restaurateur était négligeable, celle-ci étant donc encore exigible, qu'une diminution de rendement était possible et qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité (pces 14 à 16 OCAI).

3. Par décision du 21 février 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a considéré ce dernier comme parfaitement apte à exercer son activité de restaurateur à 80%, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 20% maximum n'ouvrant pas droit à une rente (pce 20 OCAI). Cette décision n'a pas été contestée.

4. L'assuré a redéposé une demande de prestations le 14 février 2006 (pce 22 OCAI). Il a fait remarquer qu'avant sa demande du 24 novembre 2004, il n'avait jamais sollicité l'aide de l'OCAI alors qu'il souffrait manifestement des séquelles d'une poliomyélite clairement handicapante au niveau de son membre inférieur gauche. Il a par ailleurs souligné n'avoir jamais non plus demandé d'indemnités s'agissant des chaussures spéciales qu'il doit porter. Il a allégué boiter bas à chaque pas, souffrir d'un handicap à la jambe et ne pouvoir en aucune manière exercer son activité de restaurateur à 80%. Il a expliqué qu'il n'a exploité un restaurant que jusqu'en 2002 seulement, faute de moyens financiers. Depuis lors, il a tenté de reprendre un restaurant, sans succès. L'assuré a affirmer se trouver dans une impasse au plan social et avoir souffert d'une forte décompensation au plan psychologique. Il a finalement sollicité une nouvelle expertise médicale complète portant sur l'évolution de son handicap tant sur le plan physique que psychologique.

5. Par courrier du 16 février 2006 (pce 23 OCAI), l'OCAI a fait remarquer au conseil de l'assuré que sa décision du 21 février 2005, non contestée, était entrée en force, de sorte que la demande du 14 février 2006 devait être considérée comme une demande de révision et qu'il appartenait à l'intéressé rendre plausible que son

invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai au 24 mars 2006 lui a été imparti pour compléter sa demande en ce sens.

6. Le conseil de l'assuré a indiqué que ce dernier était dans l'impossibilité de consulter un quelconque médecin dans la mesure où il ne bénéficiait plus d'aucune assurance-maladie, mais qu'il se tenait à disposition du médecin de l'Office afin que celui-ci procède à une appréciation complète de sa situation (courrier du 22 février 2006; pce 24 OCAI).

7. Par courrier du 27 mars 2006, intitulé "sommation" (pce 32 OCAI), l'OCAI a une nouvelle fois requis de l'assuré la production de documents rendant plausible l'aggravation de son état de santé. Il lui a imparti pour ce faire un dernier délai au 13 avril 2006, le prévenant que, passé ce délai et sans réponse de sa part, une décision de non-entrée en matière ou de refus de prestations lui serait signifiée.

8. Le 13 avril 2006, le conseil de l'assuré a répondu que son mandant ne disposait pas des certificats exigés, qu'il s'était engagé à suivre une thérapie brève à la demande du docteur M_____, consulté à la suite d'un conflit de couple, mais n'avait pas donné suite à cet engagement, que son état de santé ne s'en était pas moins manifestement altéré et que c'était bien du cumul du handicap physique et de l'atteinte psychologique de son mandant que résultait l'aggravation du taux d'invalidité de ce dernier (pce 33 OCAI).

9. L'OCAI a rendu une décision de non-entrée en matière en date du 18 avril 2006 (pce 34 OCAI). Il a constaté que l'assuré n'avait fait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande et que l'absence de couverture d'assurance-maladie ne saurait inverser le fardeau de la preuve.

10. Le 22 mai 2006, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a conclu à son annulation, à l'octroi d'une rente, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle de perfectionnement dans un domaine à définir (pce 35 OCAI).
11. L'OCAI a confirmé son point de vue initial par acte du 11 septembre 2006. Il a rappelé avoir informé le conseil de l'assuré le 16 février 2006 que, dans le cadre d'une demande de révision, il appartenait à celui qui requiert des prestations d'établir de façon plausible la modification, propre à influencer ses droits, de son invalidité. Or, malgré l'octroi de deux délais successifs (24 mars 2006 et 13 avril 2006) pour faire parvenir tous documents utiles susceptibles de mettre en évidence une telle aggravation, le conseil de l'assuré n'avait produit - le 13 avril 2006 - qu'un certificat médical de novembre 2005 émanant du docteur M_____ et attestant d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à un conflit de couple. L'OCAI a estimé qu'il ne s'agissait pas là de faits nouveaux suffisants pour admettre que l'assuré, douze mois après la décision du 21 février 2005 rejetant sa demande de prestations AI, avait rendu plausible une modification susceptible d'influer sur son droit aux prestations.

12. L'assuré a interjeté recours en demandant l'annulation de cette décision et en concluant à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100% ouvrant droit à une rente entière. Subsidiairement, il a suggéré la mise en oeuvre d'une expertise médicale concernant tant les conséquences de sa poliomyélite que de son état psychiatrique.

    Le recourant admet que sa démarche constitue pour partie une contestation de la décision rendue en 2005. A ce propos, il met en exergue le résultat choquant de cette dernière, dans la mesure où il estime que l'on ne peut exiger de lui, qui a exploité un restaurant en souffrant d'un handicap physique, de continuer à travailler dans la restauration alors même qu'une telle activité impliquerait désormais, vu la perte du restaurant, des tâches physiques impossibles de tout temps en raison d'un handicap préexistant. Il soutient que la décision prise en 2005 était arbitraire, choquante, irrespectueuse de sa personnalité et de sa réalité individuelle. Il allègue qu'il aurait pu, il y a vingt ans au moins, solliciter le bénéfice de l'assurance-invalidité, mais qu'au lieu de cela, il a toute sa vie fait les efforts voulus pour éviter un tel appui. Il soutient enfin que la situation de précarité qui est la sienne, sans assurance-maladie ni domicile, l'a empêché d'entreprendre les démarches médicales nécessaires pour démontrer la détérioration manifeste de son état de santé physique et psychologique. Dans ces circonstances, il ne peut que solliciter un tel examen de la part de l'OCAI, qui le lui a refusé.

13. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 24 octobre 2006, a conclu au rejet du recours.

14. Le 23 novembre 2006, le conseil de l'assuré a produit une attestation du 24 février 2006 émanant de l'ancienne psychothérapeute de son mandant, Madame N_____. Ce document était rédigé en ces termes :

    > "La soussignée atteste par la présente connaître Monsieur B_____ (…) depuis plusieurs années. Je crois savoir que ce patient est arrivé en Suisse en 1962 (…). Il a toujours été un "battant"; lorsqu'il a ouvert son restaurant, il engagé du personnel, ne pouvant lui-même assumer certaines tâches physiques, se concentrant sur la gestion de son entreprise. " X_____" a très vite joui d'une excellente réputation - pour son cadre, la qualité de ses prestations, du service et de l'hygiène des cuisines ; et très vite il s'est constitué une clientèle d'habitués dont je fais partie. C'est dans ces circonstances que j'ai fait la connaissance de M. B_____, toujours affable, prévenant, bref un bon "patron", toujours soucieux de satisfaire sa clientèle.
    >
    > M. B_____ m'a consultée, à titre professionnel, à plusieurs reprises en 1999-2000 à la suite de la perte de son restaurant. Il présentait déjà un état dépressif mais pensait pouvoir redresser la situation. Toutefois, l'âge

avançant, les douleurs liées à son handicap se sont faites plus aiguës et son état dépressif s'est aggravé.

Il y a deux mois, il m'a lancé un SOS et quand je l'ai revu, j'ai vu qu'il présentait un état dépressivo-anxieux grave avec ruminations suicidaires, la situation de précarité financière dans laquelle il se trouve ayant aggravé lourdement sa pathologie psychique. Il vit à Genève depuis qu'il est enfant et ne peut comprendre (et moi non plus, mais je ne connais aucun détail) pourquoi l'Etat de Genève lui refuse les prestations auxquelles il me semble avoir droit - d'autant plus que c'est le Gouvernement suisse qui est allé le chercher dans son pays …

M. B_____ se trouve dans un tel désarroi qu'il a décidé d'entamer une grève de la faim … Or, vu son état physique dégradé et son état psychique alarmant, je m'en remets à la conscience de nos Autorités cantonales - qui connaissent mon intégrité et mon éthique professionnelle - afin qu'elles prennent état de fait et cause dans cette situation qui devient de plus en plus alarmante.

Il m'apparaît personnellement que c'est un manquement à nos devoirs civiques helvétiques et cette situation psychosociale est en train de dégénérer en un conflit politico-social qu'il m'est impossible de gérer. Cela incombe en effet à nos Autorités cantonales et je suis certaine, pour le connaître depuis de nombreuses années, que notre Conseiller d'Etat C_____ pourra gérer cette situation mieux que quiconque, avec l'appui de ses collègues, et je l'en remercie d'avance."

15. L'OCAI, à qui ce document a été transmis, a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition (courrier du 12 décembre 2006).

16. Le conseil du recourant a encore produit, le 30 avril 2007, deux attestations médicales.

Selon la première, rédigée le 26 mars 2007 par le docteur O_____, spécialiste en urologie, le recourant a été suivi en consultation du 20 février 2007 au 26 mars 2007. Les examens effectués ont mis en évidence un carcinome prostatique Gleason 3 + 4 nécessitant un traitement à visée curative, sous la forme soit d'une sanction chirurgicale (prostatectomie radicale), soit d'une radiothérapie. L'intéressé devait être revu par le médecin sous 15 jours pour mise en route de la thérapeutique.

Dans le second document (daté du 13 avril 2007), le docteur P_____, médecin traitant du recourant, atteste suivre depuis de nombreuses années ce dernier. Il relate une aggravation de l'état de santé, compte tenu de la découverte d'une tumeur prostatique. Ladite découverte intervient dans le contexte d'une

poliomyélite dans l'enfance avec des séquelles aux membres inférieurs associée à une dyslipidémie avec un mauvais alignement des paramètres lipidiques notamment un taux de LDL élevé qui nécessitera un traitement en post opératoire. Il mentionne également qu'il lui a été donné de traiter le patient, compte tenu de son parcours professionnel particulier et de ses antécédents familiaux et sociaux, à plusieurs reprises pour des troubles anxieux sans état dépressif notable.

17. Invité à se prononcé, l'OCAI a admis que ces pièces faisaient état d'une nouvelle atteinte à la santé. Il a toutefois fait remarquer que cette dernière était apparue très largement après la notification de la décision attaquée, et ne pouvait dès lors être prise en considération dans la procédure, d'autant plus qu'il n'était pas certain qu'elle engendre une réduction durable de la capacité de travail.

18. Sur sollicitation du recourant, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle le 5 juillet 2007.

    Le recourant a expliqué que s'il n'a pas interjeté recours contre la décision du 21 février 2005, c'est parce qu'il n'y "croyait pas" et qu'il n'avait personne pour l'assister dans ses démarches.

    Il a par ailleurs indiqué avoir fait l'objet d'une procédure pénale dans le cadre de laquelle une expertise psychiatrique a été effectuée.

    Il a ajouté ne pas pouvoir payer ses primes d'assurance-maladie mais bénéficier tout de même des soins nécessaires et avoir d'ailleurs récemment subi une ablation de la prostate (cancer).

    Selon le recourant, il est aberrant de prétendre qu'il peut encore exploiter un restaurant. Malgré toutes ses démarches pour retrouver un emploi, les employeurs potentiels l'ont écarté au motif qu'il boite. Le recourant a rappelé qu'il est déjà âgé de 57 ans.

    Il a souligné avoir pu, à force de volonté et de chance, se passer pendant plusieurs années de l'aide des assurances sociales mais ne plus y parvenir aujourd'hui qu'il atteint un âge qui ne lui permet plus de surmonter les difficultés liées à sa maladie.

    Lors de cette audience, la représentante de l'OCAI a quant a elle fait remarquer que l'atteinte à la santé de l'assuré n'était pas contestée mais qu'il fallait néanmoins tenir compte du fait qu'il a travaillé en dépit de cette atteinte et ce, durant plusieurs années; selon l'OCAI, l'assuré s'est retrouvé sans emploi pour des raisons sans lien avec une aggravation de son état de santé; au surplus, il a été déclaré apte au placement par l'Office cantonal de l'emploi.

    A l'issue de l'audience, un délai a été imparti au recourant pour produire l'expertise ordonnée au pénal et les documents émanant du médecin-conseil de l'OCE.

19. Le 20 juillet 2007, le recourant a produit le rapport d'expertise diligentée dans le cadre de la procédure pénale, ainsi qu'une attestation du docteur L_____, médecin traitant, du 12 juillet 2007.

    Dans ce document, le médecin relate notamment que le recourant a exercé durant de nombreuses années la profession de restaurateur en dépit de son handicap et que pour des motifs non précisés, il n'a pu poursuivre l'exploitation de son établissement. Actuellement, le patient formule deux plaintes distinctes : une fatigabilité accrue au terme de la journée et un accroissement des lombalgies déjà présentes de longue date. Cliniquement, le docteur L_____ a constaté un raccourcissement de 12 cm du membre inférieur gauche, compensé par une semelle de 4 cm, une paralysie complète du membre inférieur gauche autorisant cependant une marche en appui complet sans cannes avec importante boiterie due au raccourcissement et une arthrodèse de la cheville gauche en position neutre. Le médecin a précisé que des antidouleurs et antiphlogistiques sont pris occasionnellement et que la perspective de se retrouver sans autres ressources que celles de l'assistance sociale pèse de façon préoccupante sur le moral de son patient.

    Quant au rapport d'expertise psychiatrique du 1er février 2007, qui comporte les signatures du professeur Q_____ et des docteurs R_____ et S_____, spécialistes en psychiatrie, il est basé sur des entretiens avec le recourant en date des 1er, 8 et 15 novembre 2006.

    Les experts y relatent que le recourant se dit être en bonne santé tant sur le plan physique que psychologique, qu'il n'est pas suivi médicalement et ne reçoit aucune médication. Il mentionne avoir traversé une période de détresse psychologique au moment de la perte de son second restaurant laquelle a coïncidé avec le décès de son père et de grandes difficultés financières. L'assuré a fait une tentative de suicide en novembre 2005 en ingérant des produits de lessive, ce qui a entraîné une hospitalisation de quelques heures. Il dit souhaiter se tourner vers l'avenir, être fixé sentimentalement et envisager de prendre en gérance en nouveau restaurant, fort de la confiance dont il dit disposer de la part de ses anciens clients. Les experts ont conclu à des troubles mixtes de la personnalité avec traits de personnalité dépendante et narcissique (F61.0). Ils ont précisé qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale, mais simplement d'un trouble assimilable à une développement mental incomplet; cette affection a pour conséquence une perturbation de la gestion d'une bonne distance relationnelle et de la permanence des liens avec autrui. D'un point de vue clinique, le fonctionnement psychique de l'expertisé est marqué par une certaine dépendance affective, une préoccupation d'être abandonné par la personne avec qui il entretient une relation proche, une haute estime de lui-même et de ses capacités. Un traitement psychothérapeutique pourrait l'aider à mieux appréhender ses comportements et son mode de fonctionnement psychique.

20. Dans un courrier du 23 août 2007, l'OCAI a déclaré ne pas avoir de commentaire particulier à faire suite à la production des derniers documents médicaux et a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, la décision litigieuse, du 11 septembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. a) Dans un premier et principal grief, le recourant remet en cause le bien-fondé de la décision du 21 février 2005 au motif que ce prononcé serait manifestement

erroné, en demandant à ce qu'il soit procédé à un réexamen complet de sa situation tant sur le plan de l'état de santé que sur celui des conséquences économiques de ce dernier.

b) Selon la jurisprudence toujours valable sous l'empire de l'art. 53 al. 2 LPGA (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1), si l'administration peut en tout temps revenir sur une décision formellement passée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée au fond, aux conditions posées par la jurisprudence pour la reconsidération (sur ces conditions, cf. ATF 127 V 466 consid. 2b et les références), le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer pareille décision (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références ; cf. aussi ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). En outre, le juge n'est pas habilité, en l'absence d'une disposition idoine, à lui imposer les modalités d'un tel réexamen (ATF 119 V 180 consid. 3b ; SVR 1995 AHV n° 71 p. 215 consid. 2a).

c) En l'absence d'une décision de l'intimé ayant pour objet la reconsidération de la décision du 21 février 2005 entrée en force faute de recours - sa décision du 11 septembre 2006 ne portant que sur le point de savoir si les conditions permettant l'examen d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA étaient remplies -, le Tribunal de céans n'a pas à se prononcer sur la reconsidération demandée par le recourant. En conséquence, le recours doit être déclaré irrecevable sur ce point.

5. Reste à présent à examiner si c'est à juste titre que l'OCAI, dans sa décision du 11 septembre 2006, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par l'assuré.

a) 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. Conformément aux principes développés par la jurisprudence, seul doit être examiné le point de savoir si ce refus d'entrer en matière était justifié, sans qu'il y ait lieu, dans cette hypothèse, d'examiner plus avant si les conditions matérielles d'une révision sont remplies en l'espèce (ATF 109 V 144 consid. 2b). Ces principes dégagés par la jurisprudence rendue sous l'empire de la législation applicable avant l'entrée en vigueur de la LPGA demeurent d'actualité (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

b) Il convient donc d'examiner si le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations était justifié, ce que le recourant conteste, étant donné qu'il réclame que la cause soit instruite sur le plan médical et économique.

L'intéressé a produit, au cours de la procédure d'opposition, un seul et unique document médical émanant du docteur M_____ et attestant d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à un conflit de couple. Pareil document, au contenu lapidaire, ne saurait à lui seul rendre plausible une aggravation de l'état de santé à ce point importante qu'elle puisse avoir une influence notable sur l'invalidité du recourant. En effet, non seulement le diagnostic posé ne se réfère pas à l'une des classifications internationales des maladies mentales, mais sa gravité et son influence sur la capacité de travail ne sont pas rapportées. Au demeurant, les avis médicaux produits en instance de recours ne confirment nullement l'importance accordée par le recourant à ses prétendus problèmes anxio-dépressifs. Seule sa psychothérapeute fait état d'un état dépressif, mais il ne s'agit pas d'un diagnostic posé lege artis par un spécialiste reconnu, ni même d'un médecin généraliste. L'attestation ne comporte d'ailleurs que de rares éléments de nature médicale au profit de remarques d'ordre socio-politiques irrelevantes en l'espèce. En outre, lesdites considérations sont niées par les médecins traitants du recourant, en l'occurrence les docteurs L_____ – qui ne fait mention d'aucun trouble d'ordre psychiatrique dans son attestation du 12 juillet 2007 – et P_____. Ce dernier atteste certes avoir traité à plusieurs reprises l'intéressé pour des troubles anxieux, toutefois sans état dépressif notable. Ce médecin justifie l'aggravation de l'état de santé avancée par la découverte d'un carcinome prostatique. Or, il est manifeste que cette nouvelle atteinte est postérieure à la décision dont est recours et ne saurait, partant, influer sur le litige, le juge devant se borner à examiner la situation en regard des faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). L'absence de pathologie psychiatrique de nature à avoir une influence sur le taux d'invalidité du recourant est d'ailleurs confirmée sans doute possible par les constatations des experts R_____, S_____ et Q_____. En effet, quand bien même ces médecins ont rendu leur rapport dans le cadre d'une expertise psychiatrique effectuée à la demande d'un juge d'instruction pénal, il n'en demeure pas moins qu'ils ont clairement constaté que l'intéressé ne souffre d'aucune maladie mentale (la notion de maladie à laquelle il est fait référence dans le rapport d'expertise est une notion médicale et non pénale qui est dès lors pleinement valable dans le cadre de la présente procédure). Quant aux troubles de la personnalité mis en évidence, ils sont propres à la personne du recourant, ne l'ont pas empêché de mettre en œuvre une pleine capacité de travail durant de nombreuses années et, de toute manière, la description qu'en font les experts permet de conclure qu'ils ne peuvent avoir une quelconque influence sur la capacité de travail de l'intéressé, du moins dans le type de profession qu'il exerçait. Enfin, on ne peut s'empêcher de relever qu'en novembre 2006, le recourant se

considérait en bonne santé, ne suivait pas de traitement ni ne prenait de médicament et envisageait de reprendre un restaurant, ce qui est pour le moins contradictoire avec les propos tenus dans le cadre de la présente procédure.

Pour le surplus, les autres affections répertoriées dans les documents médicaux au dossier soit sont sans impact sur la capacité de travail (dyslipidémie), soit correspondent à celles déjà diagnostiquées lors du refus initial de prestations du 21 février 2005 et ayant conduit à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 20 % (peu importe que celui-ci ait été fixé sans comparaison de gains ; là n'est pas l'objet du litige, d'une part et, s'agissant d'une diminution de rendement dans la profession habituelle, la comparaison des gains équivaut de toute manière à une comparaison en pour-cent d'autre part,).

c) Il s'ensuit que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Les considérations avancées en relation avec son incapacité à obtenir des documents ou traitements médicaux, vu le non-paiement de ses primes d'assurance-maladie, n'est au demeurant pas relevante, dans la mesure où l'accès aux soins est garanti à Genève aux personnes sans assurance-maladie, domicile fixe et/ou statut légal non seulement en cas d'urgence (droit fondamental garanti par l'art. 12 de la Constitution fédérale), mais aussi en dehors de cette hypothèse par l'Unité Mobile de Soins Communautaires des Hôpitaux universitaires de Genève, ainsi que par certains médecins privés. Il sera enfin rappelé qu'en matière de nouvelle demande de prestations, le fardeau de la preuve appartient à l'assuré ; par conséquent et pour ce seul motif déjà, la conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée.

6. Mis à part l'atteinte cancéreuse dont on a vu qu'elle ne pouvait entrer en considération dans la présente cause, force est de constater que les faits recueillis lors de l'instruction ne sont pas non plus de nature à permettre l'ouverture d'une révision procédurale de la décision de 2005. S'il est vrai que l'administration, à l'instar des autorités judiciaires et par analogie avec la révision des décision rendues par ces dernières, est tenue de procéder à la révision d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références ; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 s. consid. 3), pareil motif fait manifestement défaut in casu.

7. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours ne peut qu'être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.

2. Met les frais de la procédure, fixés en l'espèce à 200 fr., à la charge du recourant.

3. 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); 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 :
Brigitte LUSCHER	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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