



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1956, marié, père de deux enfants nés en 1998 et 1991, de nationalité suisse, exerce la profession de technicien en installations sanitaires chez B\_\_\_\_\_ SA depuis le 31 mars 1980.
2. L'assuré a déposé par l'entremise de la SWICA assurance maladie SA (ci-après : la SWICA), le 5 décembre 2013, une demande de prestations d'invalidité signée le 25 novembre 2013.
3. L'assuré a été en incapacité de travail à 100% depuis le 8 juillet 2013, attesté par le docteur C\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, jusqu'au 29 août 2013 et a bénéficié d'indemnités journalières de la SWICA.
4. Dès le 26 août 2013, une incapacité de travail a été attestée par la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin interne aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), et dès le 27 septembre 2013 par la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, jusqu'au 30 novembre 2013.
5. Le 10 décembre 2013, l'employeur a attesté d'un engagement de l'assuré depuis le 31 mars 1980 et attesté d'une diminution de rendement de 30% depuis début 2013 due à une addiction à l'alcool.
6. Le 8 janvier 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de diabète déséquilibré (type 2), état dépressif, abus de substances alcooliques, insomnies, d'un suivi depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et d'une hospitalisation à la clinique de Mon-Idée, unité addictologie, du 10 au 25 octobre 2013 ; l'assuré avait des traits de caractère anxieux qui s'étaient aggravés depuis mai / juin 2013 ; l'incapacité de travail était de 100% du 30 novembre au 31 décembre 2013 ; il présentait une lenteur dans le travail, une fatigue, un besoin de surveiller les glycémies, du stress et de l'épuisement, un état de burn-out et de stress ; une activité était possible à 50% dans une entreprise similaire.
7. Le 3 mars 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'un suivi psychologique ambulatoire et d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2014 ; l'assuré était limité par sa concentration déficitaire et l'état anxieux ; il n'avait aucune capacité de suivi des dossiers ; son rendement était réduit à 50%.
8. Le 20 mars 2014, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reçu en entretien l'assuré et proposé que les MIP seraient établies après rendez-vous de l'assuré avec sa psychiatre ; il avait exercé comme monteur sanitaire, puis dépanneur, et avait ensuite passé au bureau comme technicien où il s'occupait notamment de la facturation de devis ; il était abstinent depuis son hospitalisation en octobre 2013 ; il se sentait fragile et avait peur de retomber ; son employeur l'avait averti d'un licenciement ; il souhaitait retrouver du travail dans son domaine de compétences et était preneur pour toute aide pour des recherches d'emploi.

9. Selon une note d'entretien téléphonique du 24 mars 2014, l'employeur a confirmé qu'il souhaitait mettre fin au contrat de travail en raison de la problématique d'alcool de l'assuré ; la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin interne à la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique (CAAP) Grand-Pré, a indiqué que l'abstinence semblait être maintenue.
10. Par communication du 14 avril 2014, l'OAI a pris en charge une formation de l'assuré sur les outils bureautiques de base, du 15 avril au 22 mai 2014.
11. Le 5 mai 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent F10.20, et de trouble dépressif léger, sans syndrome somatique.

Elle suivait l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013 ; il était abstinent depuis octobre 2013 avec une atténuation de la symptomatologie dépressive ; il présentait une thymie légèrement triste, un manque de motivation, une légère fatigabilité et un ralentissement psychomoteur, quelques difficultés de concentration, une faible confiance en soi et une appréhension pour l'avenir. Il se plaignait de ralentissement psychomoteur, de fatigabilité et d'une pauvre tolérance aux situations de stress. Il bénéficiait d'un programme type hôpital de jour au CAAP Grand-Pré, avec des entretiens individuels médico-infirmiers et d'une participation à des groupes thérapeutiques. Son état psychique restait encore fragile, raison pour laquelle c'était impératif qu'il puisse continuer à bénéficier de son suivi au service d'addictologie. L'incapacité de travail était totale depuis juillet 2013. Comme restriction psychique, la Dresse F\_\_\_\_\_ mentionne une humeur légèrement triste, un manque de motivation, une fatigabilité, des difficultés de concentration et une exacerbation du stress dans des situations anxieuses. Les restrictions énumérées se manifestaient avec une lenteur dans l'exécution des tâches, des difficultés d'assimilation de nouvelles informations, des difficultés de concentration sur une tâche suffisamment longtemps et des difficultés à suivre un rythme de travail soutenu. L'assuré n'était pas capable de reprendre la dernière activité exercée, car c'était un travail exigeant de point de vue physique, avec en plus une nécessité de bonnes capacités de concentration sur une tâche. Par contre, avec une réadaptation professionnelle appropriée, il aurait pu intégrer un domaine proche de celui avec lequel il était déjà familier, comme par exemple être vendeur dans un magasin de sanitaires ou dans une quincaillerie. Une reprise de travail à 50% était envisagée à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, mais dans un autre domaine. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, une capacité de travail à 100% dans une activité appropriée était possible.

12. Le 8 mai 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre exerçant en France, rattaché à la clinique Corela, a rendu un rapport d'expertise. L'assuré se plaignait d'impossibilité à retourner dans son ancienne activité en raison du stress professionnel interne et de l'ambiance au travail. Il a posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, rémission complète et troubles de

---

l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive, status post ; les analyses biologiques témoignaient d'une absence d'une prise problématique d'éthyle. La capacité de travail était totale depuis le jour de l'expertise.

13. Le 16 mai 2014, la SWICA a informé l'assuré qu'au vu de l'expertise de la clinique Corela, sa participation financière prendrait fin au 31 mai 2014.
14. Le 28 mai 2014, la doctoresse H\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que l'assuré avait présenté un alcoolisme primaire ayant entraîné secondairement un trouble de l'adaptation lorsque l'assuré avait rencontré des difficultés personnelles et professionnelles ; il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante.
15. Le 10 juin 2014, l'OAI a renoncé à d'autres mesures et mis fin au mandat IP ; l'assuré avait repris son emploi chez son employeur, le terme de son contrat venait à échéance le 31 août 2014.
16. Par projet de décision du 20 juin 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations sur la base de l'avis du SMR du 28 mai 2014.
17. Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
18. Par ordonnance du 14 juillet 2015, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a désigné Maître Julien SIEGRIST comme curateur provisoire de l'assuré.
19. Le 11 septembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'un état anxieux général des suites d'un état dépressif réactionnel sévère, dû à la dépendance à l'alcool.
20. Par ordonnance du 17 septembre 2015, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a confirmé Me SIEGRIST dans ses fonctions de curateur de l'assuré.
21. Le 7 octobre 2015, l'OAI a imparti un délai à l'assuré pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014.
22. Le 10 novembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI les documents suivants en relevant que l'aggravation de son état de santé ne faisait aucun doute :
  - un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2015 mentionnant une aggravation de l'état de santé de l'assuré en raison d'un état dépressif réactionnel majeur lié, entre autres, à une consommation d'alcool à visée anxiolytique et, depuis février 2015, d'une hépatite alcoolique difficile à traiter ;
  - un certificat du 10 novembre 2015 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin interne au service d'addictologie des HUG, attestant d'un état dépressif réactionnel majeur suite à différentes pertes personnelles et économiques, majoré en réponse à une consommation d'alcool régulière ; l'assuré avait été hospitalisé à plusieurs reprises pour cette problématique, avec un suivi ambulatoire soutenu en addictologie. L'assuré présentait également une HTA difficilement contrôlable avec des pics hypertensifs réguliers et une hépatite alcoolique qui s'ajoutait aux autres diagnostics compliquant d'avantage une reprise de travail. Dans le

contexte actuel, une activité laborale ne pouvait être envisagée et ce, jusqu'à stabilisation de l'état psychique et physique de l'assuré.

23. Le 12 novembre 2015, le docteur J\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que les documents présentés par l'assuré n'apportaient aucun élément nouveau qui permettait une entrée en matière (alcoolisme et état dépressif lié à l'alcoolisme et non l'inverse ; expertise Corela 2014).
24. Par projet de décision du 20 novembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
25. Le 8 décembre 2015, l'assuré a observé que les Drs I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ avaient attesté d'une aggravation de son état de santé.
26. Par décision du 15 janvier 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.
27. Le 12 février 2016, l'assuré, représenté par son curateur, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de Justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 15 janvier 2016 en concluant à son annulation et à l'allocation de prestations d'invalidité ou au renvoi du dossier à l'OAI pour enquête et investigations. Il était totalement incapable de travailler depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015 et avait présenté un état dépressif réactionnel sévère entraînant un abus d'alcool à visée anxiolytique, ainsi qu'une hépatite alcoolique ; le curateur avait été nommé sur mesures superprovisionnelles urgentes ; ses médecins avaient attesté de l'aggravation de son état de santé.
28. Le 9 mars 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que les diagnostics posés par le médecin traitant et les HUG étaient identiques à ceux mentionnés en 2014 et que le Dr C\_\_\_\_\_ attestait déjà d'une incapacité de travail de 100% en 2014.
29. Le 1<sup>er</sup> avril 2016, l'assuré a répliqué que sa situation s'était péjorée depuis la dernière décision de l'OAI ; il a à cet égard produit un avis de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 30 mars 2016 selon lequel « Après une année de suivi ambulatoire l'état psychique de l'assuré s'était grandement péjoré depuis la première demande AI datant d'avril 2014. A savoir, qu'au cours des deux dernières années, il a dû être hospitalisé à quatre reprises en lien à une péjoration thymique avec répercussion sur les consommations d'alcool et des mises en danger avec risque auto et hétéroagressif.

Lors de sa dernière hospitalisation en juillet 2015, l'assuré avait été mis sous curatelle de gestion, ce qui l'avait grandement aidé sur le plan administratif et social. Malgré toute l'implication du réseau, ainsi que celle de l'assuré dans son suivi ambulatoire, une abstinence totale n'avait pu être obtenue. Sa thymie restait très basse et il peinait à retrouver un élan vital.

Actuellement, il présentait une consommation quotidienne d'alcool qu'il arrivait à contrôler, sauf lorsqu'il se voyait dépasser par des événements anxiogènes. Il s'isolait de plus en plus et avait un réseau social très pauvre. Ceci se rajoutait à une anhédonie et aboulie importantes, ainsi qu'une perte d'élan vital. Les consommations d'alcool, en plus de majorer l'état dépressif, représentaient également un facteur clé dans la péjoration de son état somatique, à savoir une HTA difficilement contrôlable, une polyneuropathie des membres inférieurs avec des troubles de la marche et ralentissement psychomoteur.

L'assuré présentait une fatigue chronique pour laquelle des investigations concernant le sommeil et des troubles cardiaques étaient envisagées. Il présentait des difficultés de concentration, une très faible tolérance aux situations de stress et une capacité d'adaptation faible. »

30. La chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 11 avril 2016.

Le recourant a déclaré : « Actuellement, mon état de santé ne va pas bien, moralement et physiquement. J'ai notamment très souvent des vertiges. Je suis isolé, je ne vois pas grand monde, hormis mes enfants. Cependant, un de mes fils vit à Paris depuis l'âge de 18 ans. Je vois de temps à autre mon autre fils.

En 2013 j'ai fait un sevrage à Belle-Idée, au Zéfir, à ma demande. J'avais en effet suivi un programme de consommation contrôlée au CAAP, mais celui-ci a mal fonctionné. J'ai ensuite été abstinent pendant 8 – 9 mois. Toutefois, au moment où j'ai dû vendre ma maison, période qui a coïncidé avec le départ de ma femme, j'ai rechuté. Je ne me rappelle plus exactement des dates. J'ai recommencé à boire, mais de façon moins intense que la première fois. J'ai ensuite été hospitalisé suite à un coma éthylique. Je me rappelle seulement que j'ai chuté. Je me suis ensuite réveillé à l'hôpital. J'ai eu une fracture du crâne. J'ai d'ailleurs des vertiges depuis ce moment-là. J'ai ensuite suivi une nouvelle cure à Belle-Idée dans le service de gériatrie, car il n'y avait plus de place ailleurs. Je suis ensuite retourné à l'UTA.

Je fournirai les rapports d'hospitalisation. A mon souvenir, j'ai été hospitalisé trois fois, soit au Zéfir, en gériatrie et à l'UTA.

Actuellement, je me rends 3 fois par semaine au CAAP Grand-Pré pour des réunions de groupe pour les préventions de rechute. Je vois également une à deux fois par semaine la Dresse I\_\_\_\_\_ et environ une fois par semaine une infirmière. Je vois aussi mon médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_, qui me traite pour le diabète et pour le cholestérol.

Actuellement, j'ai une consommation contrôlée, je fais des contrats avec moi-même concernant ma consommation, qui sont également discutés au CAAP. Lorsque je ne bois pas d'alcool, je prends un anxiolytique. C'est le médicament qui est prescrit lors des sevrages. Je bois environ trois à quatre verres de vin par jour, ou de la bière.

En 2015, mon ex-femme et mes enfants ont demandé mon hospitalisation et une mesure de curatelle.

Je suis très anxieux de nature depuis toujours.

L'expertise auprès de la clinique Corela s'est très mal passée ; le Dr G\_\_\_\_\_ ne m'a pas dit bonjour et a commencé par m'engueuler en me disant que cela fait un mois que je devrais retravailler. J'ai failli partir sur le champ. Ce médecin n'aurait pas de clients s'il était dans le privé. Il profite de la situation qui nous oblige à le consulter. Pour moi, c'est un abus de pouvoir. L'entretien a duré environ 5 minutes et il m'a posé des questions de routine. Pour lui, je n'avais aucun problème et je devais simplement retourner travailler. J'ai mémorisé son nom et je ne retournerai jamais voir ce médecin. »

Le représentant de l'OAI a déclaré : « Je m'oppose à ce que la Chambre tienne compte des rapports d'hospitalisation qui ne figurent pas au dossier.

Nous nous fondons sur l'expertise réalisée à la clinique Corela, selon laquelle nous nous trouvons dans un alcoolisme primaire non pris en charge par l'OAI.

Il est vrai qu'en mai 2014, le recourant était abstinent et en capacité de travail, de sorte que c'est cette situation qui a fondé notre décision de refus ; toutefois, nous considérons actuellement que la problématique dominante est toujours l'alcoolisme et que celui-ci n'est pas à la charge de l'OAI.

Je confirme aujourd'hui que l'expertise Corela, nonobstant les déclarations du recourant, a pleine valeur probante. Nous refusons donc de suivre les avis des médecins traitants affirmant une position contraire à celle de l'expertise Corela. »

31. Un rapport du 9 septembre 2015 de la Dresse I\_\_\_\_\_ a été versé au dossier. Selon celle-ci, dans un contexte de fragilité émotionnelle lié à une dépendance à l'alcool et un trouble dépressif réactionnel, un arrêt de travail avait été instauré et se poursuivra jusqu'à la stabilisation addictologique et psychiatrique.
32. Un délai au 26 avril 2016 a été fixé au recourant pour transmettre les rapports d'hospitalisation.
33. Le 26 avril 2016, le recourant a requis un délai supplémentaire pour ce faire.
34. Le 28 avril 2016, la chambre de céans a renoncé à impartir un nouveau délai au recourant en indiquant qu'en cas de besoin elle réclamerait elle-même lesdits rapports aux établissements concernés.
35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

---

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.
4. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Ainsi, lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou qu'une rente partielle a été accordée en considération d'un certain degré d'invalidité, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 ; 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 119 V 9 consid. 3c/aa ; 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294).

L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de refus de prestations ou fixant le droit à une rente d'invalidité partielle en considération d'un certain degré d'invalidité, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; 124 II 265 consid. 4a p. 269 s ; 117 V 200 consid. 4b et les références).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations valant demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve pertinents (donc de nature à rendre

---

plausibles les faits allégués), en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction. L'administration jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108, consid 2b). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATAS/796/2015 du 20 octobre 2015 consid. 2).

5. En l'espèce, la décision litigieuse est motivée par le fait que le recourant n'aurait apporté aucun élément médical nouveau depuis la dernière décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014. Elle fait référence à l'avis du SMR du 12 novembre 2015, lequel estime que les documents présentés par le recourant n'amènent aucun élément nouveau, tout en relevant qu'il s'agit d'un état dépressif lié à l'alcoolisme et non l'inverse, selon les conclusions de l'expertise Corela. Par ailleurs, dans sa réponse au recours du 9 mars 2016, l'OAI a précisé que les diagnostics posés actuellement par le médecin traitant et les HUG étaient identiques à ceux mentionnés en 2014, que les conséquences de ces diagnostics sur la capacité de travail ne pouvaient pas être plus graves qu'en 2014 puisqu'à cette époque-là déjà le Dr C\_\_\_\_\_ attestait d'une incapacité de travail du recourant de 100 % dans un rapport médical du « 14 janvier 2014 ».

A cet égard, la chambre de céans constate qu'au jour de la décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> septembre 2014, le recourant avait recouvré une capacité de travail totale ; le Dr C\_\_\_\_\_, dans un rapport du 8 janvier 2014, avait attesté d'une incapacité de travail totale du recourant du 30 novembre au 31 décembre 2013, prolongée ensuite le 3 mars 2014 jusqu'au 31 mars 2014 et aucune incapacité de travail ensuite. Quant à la Dresse F\_\_\_\_\_, elle avait attesté le 5 mai 2014 que le recourant était abstinent depuis octobre 2013 avec atténuation de la symptomatologie dépressive ; le pronostic était bon, tant du point de vue de la dépendance à l'alcool que du trouble dépressif ; il avait présenté une capacité de travail nulle de juillet 2013 au 31 mai 2014, de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2014, et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, dans une activité appropriée.

Ainsi, au jour de la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014, le recourant était en totale capacité de travail depuis en tous les cas le 1<sup>er</sup> juillet 2014. La chambre de céans constate que l'incapacité de travail totale, survenue en avril 2015 en raison d'un état dépressif réactionnel majeur et une consommation d'alcool problématique, avec une HTA difficilement contrôlable, attestée par les médecins traitants du recourant - dont les avis des 15 octobre 2015 (Dr C\_\_\_\_\_) et 10 novembre 2015 (Dresse I\_\_\_\_\_) ont été transmis à l'intimé à l'appui de la demande de prestations - constitue une aggravation de l'état de santé du recourant.

A cet égard, l'intimé ne conteste pas l'aggravation de l'état de santé du recourant en tant que telle, postérieure à la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014, mais considère que la maladie en cause n'est pas invalidante, en ce sens que l'alcoolisme est primaire et que l'état dépressif est lié à celui-ci, en référence aux avis du SMR des 28 mai 2014

et 12 novembre 2015, lesquels se fondent sur l'expertise de la clinique Corela du 9 mai 2014. Or, cette expertise, demandée par la SWICA, assureur perte de gain maladie (dont la question de la valeur probante se pose sérieusement, au vu de la description précise faite en audience par le recourant de son examen par le Dr G\_\_\_\_\_, mais qui n'a, en l'état, pas besoin d'être résolue), ne se prononce pas sur la question de la nature primaire ou secondaire de l'alcoolisme du recourant, mais se limite à constater qu'au jour de l'examen, le 25 avril 2014, le recourant avait cessé de consommer de l'alcool depuis six mois, ne présentait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant et que sa capacité de travail était totale. L'expertise souligne d'ailleurs des arguments tant en faveur qu'en défaveur d'un alcoolisme primaire chez le recourant, étant relevé que cette question, dans le cadre d'une demande de la part de l'assureur perte de gain, n'était pas spécifiquement posée à l'expert. En particulier, l'expertise relève que le recourant disait avoir présenté déjà avant 2010 un état dépressif lié à des problèmes professionnels, ainsi que des insomnies et que selon le Dr C\_\_\_\_\_, il avait toujours présenté des traits de caractère anxieux (expertise Corela p. 7-8 et 23) ; il est aussi noté que bien que la consommation problématique d'éthyle ait pu péjorer la symptomatologie, voire la maintenir, le recourant disait avoir ressenti un épuisement professionnel, une asthénie, des céphalées, des insomnies, une sensation de boule dans la gorge ou dans l'estomac et des angoisses (expertise Corela p. 20 et 25). L'expert a évoqué le fait que la consommation excessive d'éthyle pouvait en partie expliquer les divers états dépressifs mentionnés (expertise Corela p. 24), mais il a aussi relevé que si le recourant devait présenter une nouvelle décompensation psychique dans un contexte d'abstinence complète, la question d'un épisode dépressif franc pourrait se poser (expertise Corela p. 24). Il ne s'est ainsi pas précisément prononcé sur la question de la nature primaire ou secondaire de l'alcoolisme. On ne saurait, au vu de ce qui précède, considérer que l'expertise de la clinique Corela a conclu à la présence d'un alcoolisme primaire entraînant un état dépressif chez le recourant.

Dans ces circonstances, force est de constater que la décision de l'intimé de refus de prestations du 1<sup>er</sup> septembre 2014 est fondée sur l'expertise de la clinique Corela, laquelle constate, au 25 avril 2014, que le recourant, abstinent, ne présentait aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et que les avis médicaux transmis par le recourant à l'intimé à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 11 septembre 2015, soit un avis du Dr C\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2015 et un avis de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2015, ont rendu plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, par la survenance d'un état dépressif majeur, et d'une consommation problématique d'alcool, à visée anxiolytique, depuis avril 2015, ainsi que, depuis février 2015, la présence d'une hépatite alcoolique, diagnostics ayant entraîné une incapacité de travail totale.

Par conséquent, la décision de l'intimé de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 11 septembre 2015 n'est pas fondée.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction et nouvelle décision. Dans le cadre de celle-ci, il incombera à l'intimé de se procurer les rapports d'hospitalisation du recourant, lesquels ne figurent pas au dossier de celui-ci, alors même que l'un d'entre eux, daté du 31 octobre 2013, est cité par l'expert de la clinique Corela (expertise Corela p. 13-14).
7. Vu l'issue du recours, un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé et une indemnité de CHF 1'500.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 15 janvier 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.-.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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