

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né à New York en 1962, de nationalité suisse et vivant à Genève depuis l'âge de 3 ans, a achevé en 1994 une formation de journaliste-graphiste.
2. Il a travaillé en qualité de journaliste RP pour le journal " X_____ " de 1991 à 1997, puis il vécut aux Etats Unis de 1997 à 2001. Il a travaillé pour X_____ dès avril 2001 en Suisse pour le même journal devenu " Y_____ ". Son salaire est de 6'683 fr. 25 x 13 depuis janvier 2004.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 29 juillet 2004, en raison d'une affection infectieuse chronique et d'une affection métabolique découvertes en 1986 et entraînant une incapacité de travail oscillant entre 20% et 100% depuis le 14 août 2002. Il a été licencié en janvier 2005.
4. Ancien toxicomane, substitué à l'héroïne, l'assuré est atteint d'une infection VIH et d'une hépatite C depuis 1986. Lors de son séjour à New-York, il a négligé le suivi de son infection et a présenté une pneumonie à pneumocystis carinii en 1996, ayant entraîné une pancréatite et un diabète insulino-dépendant. Le VIH, l'hépatite C et le diabète sont contrôlés. Il n'y a pas de signe pour une démence dans le cadre du VIH. Le problème principal est l'ancienne toxicomanie, un trouble de la personnalité ainsi qu'un état dépressif associé. Après un entretien avec l'employeur, l'assuré a pu obtenir un travail à 50% aux archives du journal « Y_____ », qui est le maximum exigible (rapport du 6 août 2004 du Dr A_____, généraliste).

L'assuré est atteint d'un trouble mixte de la personnalité F61.0, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.11, d'un SIDA de stade C3 et d'un diabète insulino-dépendant, depuis 1998. L'assuré a commencé à consommer de l'alcool et du cannabis à 15 ans, puis du LSD à 17 ans et de l'héroïne dès 19 ans. A l'âge de 24 ans, en 1986, il apprend qu'il est séropositif. Il parvient à s'abstenir de consommation d'héroïne aux Etats-Unis, en 1997, durant deux ans. En 1999, il recommence une consommation sporadique d'héroïne puis régulière dès 2001 à son retour à Genève. De 1999 à 2001, il fait une consommation importante d'alcool. Dès 2002, il est suivi et selon les périodes hospitalisées, auprès du service d'abus de substances, unité de toxicodépendance du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après : HUG). Il présente une symptomatologie psychiatrique caractérisée par un trouble anxieux, de type crises de panique, avec agoraphobie et dépression et le suivi a permis une normalisation d'une bonne partie des paramètres anxieux. Il présente un trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité histrionique, narcissique et anankastique. L'assuré présente un état de fatigue persistant, des difficultés à organiser et planifier ses activités, des capacités de concentration mnésique réduites, un manque de motivation et de l'élan

vital. Il a été incapable de travailler à 100% de septembre 2002 à mai 2003, puis il a recommencé à travailler. Dès février 2004, il a été affecté aux archives à 50% mais ne parvenait pas à assumer ce poste. Toutes les tentatives de reprise ayant échoué. Il a perdu sa capacité de travail totalement et le pronostic est réservé (rapport du 21 avril 2005 de la Dresse B _____, psychiatre).

L'état de santé de l'assuré est resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics, avec une possible aggravation de l'état psychique et intellectuel, des troubles de la concentration et du caractère, dans le cadre de la substitution de l'héroïne. En raison du trouble de la personnalité, l'assuré a perdu son travail, l'employeur ayant fait un effort assez exceptionnel durant plusieurs années (rapport du 10 mai 2005 du Dr A _____).

L'assuré a présenté une bronchopneumonie ayant nécessité une hospitalisation, deux jours en décembre 2005 (rapports des 27 décembre 2005 et 4 janvier 2006 du département de radiologie et de médecine interne des HUG). L'IRM cérébral du 8 février 2005 est dans les limites de la norme. L'examen neuropsychologique du 7 décembre 2005 ne montre pas d'aggravation significative par rapport à l'année précédente, hormis une légère péjoration des performances et des scores nettement significatifs de symptômes anxio-dépressifs, étant précisé que l'examen a été effectué alors que l'assuré était sous l'emprise d'une forte dose d'alcool, et que depuis le printemps 2005, il a repris une consommation régulière d'héroïne.

5. Le SMR a estimé le 1^{er} mai 2006 que du point de vue somatique, les atteintes n'ont pas d'influence sur la capacité de travail et que, du point de vue psychiatrique, le trouble de la personnalité n'est pas décompensé et n'a pas empêché l'assuré de travailler pendant de nombreuses années, y compris lors d'un séjour professionnel aux Etats-Unis. Les problèmes rencontrés au travail sont liés à la toxicomanie, qui est primaire. D'une part, l'évolution est jugée bonne, avec normalisation de presque la totalité des paramètres anxieux. D'autre part, le trouble anxio-dépressif est survenu seulement en 2002, suite à une adaptation du traitement de la toxicomanie et il n'est donc pas antérieur à celle-ci. Les difficultés neuro-psychologiques ne sont pas mises en rapport avec une atteinte neurologique et les difficultés mnésiques constatées dans le contexte de la toxicomanie, n'ont pas de valeur invalidante au sens de l'AI. Au surplus, l'assuré a interrompu son traitement et consomme à nouveau de l'héroïne.
6. Par décision du 9 mai 2006, l'OAI a refusé la demande de prestations. Cette décision n'a pas été contestée.
7. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 15 février 2010. Il est atteint du SIDA, de diabète et de toxicomanie. Il a tenté de conserver le plus longtemps possible une activité mais le monde professionnel est devenu tellement compétitif qu'il ne parvient plus à suivre.

8. L'assuré n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé dans le délai fixé, l'OAI a refusé d'entrer en matière par projet du 27 avril 2010, confirmé par décision du 1^{er} juillet 2010. L'assuré n'a pas recouru dans le délai de 30 jours, mais il a mentionné que son psychiatre, le Dr C_____ estimait que son état s'était aggravé.
9. Il a déposé une troisième demande de prestations le 8 août 2012. Il souffre de troubles psychiques et souhaite qu'une expertise indépendante soit organisée.
10. Selon son extrait de compte individuel AVS, il est au chômage depuis février 2005 et il a travaillé pour Z_____ de mars à septembre 2006, puis dans le cadre des mesures cantonales de mars à septembre 2007 et pour XA_____ de juillet à décembre 2008.
11. Dans le délai fixé pour rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé, l'assuré a produit trois rapports médicaux.
 - a) Selon le rapport du 31 août 2012 du Dr E_____, psychiatre, la situation est inchangée depuis 2005, du point de vue somatique et de la prise en charge pour la dépendance aux opiacées. Depuis 2004, l'assuré a essayé à plusieurs reprises de retrouver un emploi, la dernière fois dans le cadre d'un stage payé par le chômage en 2009, auprès de RAFAD. En raison d'une inadéquation entre l'offre de travail et son attente, l'assuré ne poursuit pas cette activité, ce d'autant que sa santé physique a commencé à se détériorer à cette époque. Sa personnalité non conventionnelle et son imagination débordante ne cadrent plus avec les exigences rigides actuelles du monde de la presse. Toutes ses tentatives de retour dans le circuit professionnel se sont soldées par des échecs. Sa personnalité, telle que déjà décrite dans le rapport de la Dresse B_____ du 18 avril 2005, ne lui permet pas de s'intégrer dans les exigences de ce cadre professionnel et on ne peut ainsi plus prétendre que ce trouble ne l'a pas empêché de suivre une formation et de travailler car il ne présente plus la capacité de répondre efficacement aux exigences d'un employeur ni l'endurance nécessaire à un engagement après plus de dix ans en dehors du circuit professionnel. La multiplicité des comorbidités, la lourdeur des traitements impliquent une fatigue plus importante et rendent problématique toute forme d'engagement professionnel contraignant. L'assuré a des projets totalement irréalistes lorsqu'il pense pouvoir subvenir à ses besoins d'ici peu de temps, ce qui l'a poussé à saboter ses deux premières demandes AI, effectuées contre son gré, sous la pression de son entourage.
 - b) Selon le rapport du 3 septembre 2012 du Dr F_____, auprès du service d'addictologie des HUG, l'assuré présente des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles mnésiques, de l'anxiété et des traits de personnalité histrionique, narcissique et anankastique. C'est suite à l'instauration du

traitement de substitution que le patient a commencé à montrer une symptomatologie psychiatrique. Le patient parvient à peine à organiser et planifier ses activités, se sent ralenti. Il a des difficultés majeures à gérer les frustrations et à se confronter à ses limites en rapport avec ses relations avec autrui. Il a échoué à toutes les tentatives de reprise d'une activité professionnelle.

c) Selon le rapport du 3 septembre 2012 du Dr A_____, les troubles somatiques sont bien contrôlés, sans présence de fibrose dans les suites de l'hépatite C. L'assuré présente une personnalité borderline non conventionnelle totalement inadaptée au monde professionnel. Ainsi, lors de son emploi dans un journal, malgré une tolérance exceptionnelle du chef de service et un investissement de tous les intervenants, la situation est finalement arrivée à une rupture, car les traits de personnalité sont tellement marqués qu'il existe une inadaptation totale à une activité professionnelle. De plus, la situation psychiatrique s'est plutôt détériorée et la capacité d'avoir un emploi et une activité dans les années 1985 à 2000, est actuellement effondrée. Il soutient donc la proposition du Dr E_____ de demander à l'OAI de réviser son appréciation et le soumettre à une expertise.

12. Par projet du 7 décembre 2012, confirmé par décision du 1^{er} février 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande au motif que selon le SMR, les rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments en faveur d'une potentielle aggravation.
13. L'assuré forme recours contre la décision et conclut, préalablement, à l'audition de ses médecins et à une expertise neuropsychiatrique et, principalement, à l'annulation de la décision avec suite de dépens. Il a donné suffisamment d'indices sur l'aggravation de son état de santé pour amener l'OAI à rentrer en matière sur sa nouvelle demande. Le médecin traitant et le psychiatre attestent une dégradation récente et sérieuse de l'état de santé. Lors du dépôt de la troisième demande, le cas n'a pas été examiné, d'un point de vue médical, depuis les années 2004 à 2006, de sorte que la portée de la décision de non-entrée en matière entrée en force en 2010, sans aucun examen, doit être relativisée. L'OAI doit donc entrer en matière sur la demande puis constater une totale incapacité de travail et octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le dépôt de la troisième demande.
14. L'OAI conclut au rejet du recours le 25 avril 2013, au motif que la comparaison des diagnostics posés en 2005 et en 2012 permet de retenir qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé.
15. Par réplique du 14 juin 2013, l'assuré maintient ses conclusions. Il a rendu plausible que son état de santé s'est aggravé depuis le mois de mai 2006, même si les diagnostics se recoupent en grande partie. Au stade de l'entrée en matière, l'autorité doit se limiter à examiner si l'aggravation est plausible, sans exiger une

preuve complète. En 2005, la Dresse B _____ dressait un tableau sombre, mais mentionnait que l'état de santé de l'assuré avait évolué de façon satisfaisante sur le plan psychiatrique et toxicologique et c'est sur cette base que le SMR a estimé que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé. Le Dr E _____, qui suit l'assuré depuis juin 2009, estime quant à lui que les tentatives de réinsertion ont échoué et que c'est la personnalité de l'assuré qui ne lui permet plus de s'intégrer dans les exigences d'un cadre professionnel, tout en insistant sur la multiplicité des comorbidités et la lourdeur des traitements qui en découlent. Quant au Dr A _____, il mentionnait en 2005 que l'assuré était parvenu à trouver un travail à 50%, mais retient une totale incapacité de travail en 2012. Ce médecin relevait en 2005, un trouble de la personnalité et un état dépressif associé, il évoque désormais une personnalité borderline non conventionnelle totalement inadaptée au monde professionnel.

16. L'OAI persiste le 12 juillet 2013. Il rappelle qu'il ne suffit pas de déposer des rapports médicaux, mais qu'il convient que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail, ce qui n'est pas le cas. Il s'oppose à l'audition des médecins traitants, le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à la procédure d'entrée en matière.
17. Sur quoi la cause a été a gardée juger le 15 juillet 2013.

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; 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.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré.
5. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon

à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références).

b) 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils

soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

6. En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a retenu que les rapports des médecins de l'assuré de 2012, versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations, ne faisaient pas état d'une aggravation objective de l'état de santé physique ou psychique du recourant. Sur le plan somatique, il s'avère en effet que les diverses affections déjà connues en 2005-2006 (HIV, hépatite, diabète) restent bien contrôlées et n'ont pas connu d'évolution invalidante. Sur le plan psychiatrique, le trouble de la personnalité existait déjà en 2005 et le fait qu'il soit désormais qualifié de borderline par le Dr A_____, plutôt que de trouble mixte selon le Dr B_____ en 2005 n'est pas déterminant en soi. En effet, les conséquences de ce trouble n'ont pas varié, l'assuré présentait déjà en 2005-2006 d'importantes difficultés à s'organiser et à gérer son quotidien, des troubles de la concentration et de la mémoire. En 2005, l'assuré n'a nullement trouvé un travail à 50%, ce qui serait le signe d'une bonne capacité de travail et d'adaptation à un nouveau poste, mais son employeur, compréhensif, l'avait gardé à un poste moins contraignant de janvier 2004 à janvier 2005. Ainsi, son inadaptation au monde professionnel était déjà retenue en 2005, le Dr A_____ soulevant alors l'effort exceptionnel du journal " Y_____ " pour conserver l'assuré à son service jusqu'en janvier 2005. Auparavant, l'assuré a été totalement incapable de travailler d'août 2002 à mai 2003, puis a alterné des périodes d'incapacité totale ou partielle de travail. Alors qu'un poste adapté aux archives à 50% lui a été trouvé, il n'est pas parvenu à l'assumer non plus. Il n'en a pas été autrement de ses trois tentatives de reprise du travail, en 2006, 2007 et 2008 et le Dr E_____ relève précisément que c'est depuis 2004 déjà que l'assuré tente en vain de retrouver un emploi et que ce sont les troubles déjà retenus en 2005 par la Dresse B_____ qui l'empêchent de s'intégrer dans le monde professionnel. Ainsi, quand bien même on ferait abstraction de la deuxième demande de 2010, en comparant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2005, il s'avère que l'appréciation des conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail en 2012 ne diffère pas de celle retenue antérieurement. Aussi, dans la mesure où le recourant n'a pas rendu plausible le fait que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

D'ailleurs, il ressort en termes à peine voilés des rapports des médecins de l'assuré que ceux-ci estiment en réalité que c'est la décision initiale de refus qui était mal fondée, de sorte qu'ils en demandent le réexamen à l'OAI. En indiquant que l'assuré aurait saboté ses deux premières demandes, ces médecins relèvent en fait qu'il était alors déjà invalide.

Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition des médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assuré a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas.

7. Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant est condamné au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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