

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/948/2018

ATAS/764/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 septembre 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à ONEX,
représenté par le docteur C_____

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, père de deux enfants, a déposé le 4 juin 2013 une demande de prestations d'invalidité.
2. L'assuré a effectué plusieurs séjours aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) depuis 2003 pour des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (cocaïne, alcool, cannabis, psychotropes) et syndrome de dépendance.
3. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), la docteure D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 18 mars 2015 un rapport d'expertise concluant à l'absence de tout diagnostic incapacitant.
4. Par décision du 2 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
5. Le 26 septembre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en mentionnant une toxicomanie, syndrome de dépendance, des troubles psychiques (F11.22 ; F60.9) et une atteinte « ancienne ».

Il a communiqué un avis de sortie de service d'addictologie des HUG du 15 septembre 2017 mentionnant un séjour du 6 au 15 septembre 2017 pour stabilisation du traitement benzo (anxiolit + dormicum), adressé par le docteur C_____, FMH médecine interne générale ; le diagnostic principal était celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance ; utilisation continue F13.25 ; les diagnostics secondaires étaient ceux de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, "syndromes dépendance", suite actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale F11.22, troubles de la personnalité, sans précision F60.9.

6. Le 28 septembre 2017, l'OAI a requis de l'assuré un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, dans un délai de trente jours.
7. Le 4 octobre 2017, le Dr C_____ a attesté que la santé psychique de l'assuré s'était aggravée depuis la décision du 2 septembre 2015, avec un fort usage d'anxiolytiques quotidien.
8. Le 10 octobre 2017, l'Hospice général a indiqué que l'assuré avait besoin de l'aide de l'AI pour un encadrement adéquat à sa situation psychique et physique, pour une éventuelle insertion professionnelle ou rente.
9. Le 16 octobre 2017, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du 26 avril 2017 de la Docteure E_____, médecin-conseil de l'Hospice général, qui a indiqué que l'assuré était incapable de travailler pour une longue durée en raison de limites psychique et mentale et qu'il avait suffisamment de pathologies pour bénéficier de l'aide de l'AI ; il nécessitait des soins médicaux réguliers.

10. Le 9 janvier 2018, le Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a estimé que les nouvelles pièces médicales ne rendaient pas plausible l'aggravation de l'état de santé.
11. Par projet de décision du 18 janvier 2018, et décision du 27 février 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.
12. Le 14 mars 2018, le Dr C_____ a écrit, à la demande de l'assuré, à l'OAI en relevant qu'en novembre 2017, celui-ci avait été hospitalisé pour une rechute au dormicum et en février 2018 pour une rechute avec héroïne, ce qui démontrait qu'il restait très malade psychologiquement et nécessitait d'être aidé financièrement.
13. Le 19 mars 2018, l'OAI a transmis ce courrier à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a enregistré un recours.
14. Le 20 mars 2018, la chambre de céans a requis du recourant qu'il communique une procuration en faveur du Dr C_____, demande réitérée le 20 avril 2018.
15. Le 3 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, le recourant n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.
16. La chambre de céans a fixé au recourant un délai pour répliquer et a requis une procuration en faveur du Dr C_____.
17. le 18 juin 2018, le Dr C_____ a sollicité un délai pour communiquer une procuration, l'assuré étant en Espagne avec sa famille jusqu'au 27 août 2018.
18. Le 8 août 2018, le recourant a transmis une procuration en faveur du Dr C_____.
19. 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 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. L'objet du litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.
3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance 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).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, 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 (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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). 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 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

5. En l'occurrence, la Dre D_____ a relevé dans son rapport du 18 mars 2015 que le recourant était substitué par de la méthadone depuis 2006 et prenait de l'anxiolit et du Reméron. Il n'existait pas de trouble dépressif mais une souffrance récurrente en lien avec la toxicomanie qui pouvait avoir un impact sur le moral de l'assuré ; sept hospitalisations pour sevrage de stupéfiants et psychotropes avaient eu lieu, sans motivation d'atteintes psychiatriques. Il existait une polytoxicomanie primaire, non invalidante.

Lors de sa nouvelle demande de prestations, le recourant a mentionné des diagnostics de toxicomanie, syndrome de dépendance (F13.25) et troubles psychiques (F11.22 – F60.9) déjà connus. Il a aussi mentionné qu'il s'agissait d'une ancienne atteinte ; l'avis de sortie des HUG du 15 septembre 2017 fait état d'une huitième hospitalisation avec des diagnostics principaux et secondaires qui sont similaires à ceux constatés lors des hospitalisations précédentes.

À titre d'éléments médicaux nouveaux, le médecin-conseil de l'Hospice général a attesté le 26 avril 2017 de limites psychiques et mentales suffisantes chez le recourant pour bénéficier de l'aide de l'OAI ; le Dr C_____ a relevé le 4 octobre 2017, un état de santé psychique aggravé du recourant, avec un fort usage d'anxiolytique quotidien ; enfin, le 10 octobre 2017, l'assistant social de l'Hospice général a mentionné qu'une reprise de travail semblait compliquée en raison de la situation psychique et physique du recourant. Cependant, la simple mention d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant par le médecin traitant de celui-ci, dans un rapport succinct et non circonstancié, ne rend pas plausible, au sens de la jurisprudence précitée, une aggravation de l'état de santé du recourant. Il en est de même de l'avis du médecin-conseil de l'Hospice général qui se borne à indiquer que le recourant présente des limites psychiques et mentales suffisantes pour bénéficier des prestations de l'intimé.

Il appartiendra au recourant, s'il estime que son état de santé s'est aggravé, de déposer une nouvelle demande de prestations accompagnée de pièces médicales

circonstanciées expliquant en quoi son état de santé s'est détérioré par rapport à la situation qui prévalait lors de la dernière décision de l'intimé le 2 février 2015, en particulier, par rapport aux constatations et conclusions du rapport de la Dre D_____ du 18 mars 2015.

6. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Aucun émolument ne sera perçu, le recourant étant assisté par l'Hospice général.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties et à M. Sven C_____ ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffé le