

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3626/2015

ATAS/461/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 juin 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourant

contre

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

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Teresa SOARES et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), père d'une fille née en 1994, a été marié à deux reprises. Il vivra séparé de sa seconde épouse depuis le 30 juin 2004 et sera divorcé le 1<sup>er</sup> décembre 2012. Il a été peintre en bâtiment indépendant d'août 1994 à juin 1997, puis convoyeur chez B\_\_\_\_\_.
2. Le 17 août 1997, l'assuré a eu un accident non professionnel. En sautant dans une piscine depuis une hauteur de sept mètres, il a subi un choc sur le bras gauche avec éclatement de la tête humérale gauche.
3. Le 9 février 1999, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), consécutivement à l'accident non professionnel précité. Il demandait une reconversion professionnelle, son métier de peintre en bâtiment n'étant plus réalisable. Celle-ci lui a été octroyée par l'OAI sous la forme d'un stage professionnel comme chauffeur professionnel auprès de l'entreprise C\_\_\_\_\_ ; elle a eu lieu du 23 octobre 2000 au 25 mars 2001, date à laquelle l'assuré a commencé à consommer de l'alcool et à avoir un comportement ne donnant pas satisfaction à son employeur.
4. Par décision du 30 octobre 2002, l'OAI a constaté que l'assuré avait accompli avec succès un stage de chauffeur professionnel et d'accompagnant de personnes, et que son engagement prévu au terme de son stage chez C\_\_\_\_\_ n'avait pas été concrétisé en raison de différents manquements de sa part sans relation avec son état de santé. Cette activité lui aurait rapporté un revenu annuel de CHF 43'200.- ; en comparaison avec son salaire sans atteinte à la santé revalorisé à CHF 48'660.-, son préjudice serait de 11 %. Il possédait les aptitudes, les connaissances et l'expérience nécessaires pour devenir chauffeur de personnes, et pouvait également se diriger, selon ses souhaits, vers une autre activité adaptée. Il était ainsi réadapté du point de vue professionnel en pouvant réaliser un revenu excluant le droit à la rente. L'assuré n'a pas contesté cette décision.
5. Le 18 octobre 2004, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, a rendu un rapport d'expertise médicale de l'assuré sur demande de l'assureur perte de gain de ce dernier. Dans l'anamnèse médicale, l'expert a relevé que l'assuré buvait de grandes quantités d'alcool depuis l'âge de 20 ans. Il avait également été à cette période consommateur occasionnel de cocaïne. L'expert a retenu comme diagnostic principal ayant une influence sur la capacité de travail des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance active (F10.24) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation épisodique de cocaïne (F14.26). L'incapacité de travail était encore actuellement justifiée compte tenu de l'âge de l'assuré, de sa profession et de l'affection dont il souffrait. Le fait qu'il vivait actuellement avec une toxicomane péjorait la situation et il était démotivé à reprendre une activité professionnelle. En outre, la toxicomane avec laquelle il vivait était dans une situation similaire à la

sienne, et était au bénéfice d'une rente AI. Si l'assuré faisait ce qu'on lui disait en allant consulter un psychologue, sa motivation réelle à améliorer sa situation clinique était douteuse. Un programme d'abstinence devait être vu prioritairement dans le cas d'une association entre un abus de substances et une dépression. En outre, en cas d'abstinence à l'alcool, la symptomatologie dépressive régressait le plus souvent spontanément. L'expert préconisait en outre de la fermeté vis-à-vis de l'assuré, celle-ci étant d'une réelle utilité sur le long terme sur la santé d'un buveur. Il considérait en outre qu'il serait bienvenu de prescrire durant quelques mois au moins un traitement d'Antabus sous administration contrôlée. Il serait également salubre pour préserver la santé de l'assuré que l'assureur perte de gain prenne position pour ne pas payer une personne qui endommage sa santé et qui ne faisait pas tous les efforts possibles pour reprendre son activité professionnelle. En outre, il pourrait être utile de pousser le patient vers un sevrage en milieu institutionnel, ainsi que l'expert en avait discuté avec le médecin traitant. Une reprise du travail à hauteur de 50 % une semaine après que le médecin traitant aurait enjoint l'assuré à se traiter serait exigible, et à 100 % deux semaines plus tard. Selon l'expert, le médecin traitant était d'accord avec ces conclusions.

6. Le 3 décembre 2004, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et tropicale et médecin traitant de l'assuré, a rendu un rapport médical dans lequel il indiquait que le fait d'avoir tenté de pousser l'assuré à reprendre une activité avait produit l'effet contraire et aggravé le tableau clinique. Il estimait que celui-ci devrait parvenir à arrêter sa consommation de cocaïne d'ici à la fin de l'année. Cependant, son état de concentration et son état physique ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle sur un chantier, les risques d'accident n'étant pas négligeables.
7. Le 14 janvier 2005, le docteur F\_\_\_\_\_, médecine interne FMH et médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'assuré, a indiqué que ce dernier souffrait d'un état dépressif caractérisé par une altération notable de l'humeur, une perte d'intérêt et d'envie, de l'aboulie et de l'anhédonie, une perte d'énergie et de confiance en soi, un sentiment de culpabilité et des troubles du sommeil. Ce médecin estimait que l'assuré présentait probablement des traits de la personnalité borderline. Celui-ci était un consommateur de cocaïne, abstinent depuis désormais trois mois et demi. Le médecin retenait un état dépressif comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.
8. Le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical complémentaire en date du 27 avril 2005. L'assuré était de bonne humeur et semblait sociable et entreprenant. Il se montrait cependant ambivalent, disant souhaiter appliquer les traitements et projets thérapeutiques formés par les médecins, mais étant dans l'impossibilité de les réaliser. Il semblait parfaitement au courant de sa situation, semblait « gérer ses affaires presque comme un homme d'affaire (...) Il [avait] encore pris dernièrement un très bon avocat pour des questions de prestations perte de gains maladie impayées suite à des changements dans les contrats ». Tant les marqueurs

biologiques que le comportement de l'assuré révélaiient une dépendance à l'alcool ; cependant, les abus de cocaïne indiqués par ce dernier n'étaient pas objectivables. Deux choix se présentaient à lui : soit il acceptait une hospitalisation en milieu psychiatrique et y effectuait un sevrage, soit il refusait d'entrer en traitement et continuait à tenir un double langage, consistant à dire qu'il était très motivé mais qu'aucun traitement n'était efficace pour lui. Il présentait en outre beaucoup d'arguments pour justifier d'être malade et de se voir remettre des certificats médicaux. Son potentiel était de 100 % dans son activité habituelle.

9. Dans un rapport du 2 juin 2005, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas être d'accord avec les conclusions de l'expert D\_\_\_\_\_, lequel retenait le diagnostic de dépendance à l'alcool. En effet, les résultats des examens de laboratoire de l'assuré n'indiquaient aucune atteinte hépatique. Ce dernier ne présentait en outre aucune stigmite alcoolique. Il avait par ailleurs entrepris des consultations régulières auprès d'un psychologue à ses propres frais et prenait régulièrement des médicaments. Il était par conséquent inexact de prétendre que son patient n'avait rien entrepris pour sa santé. Il estimait qu'il était contreproductif d'enfermer l'assuré en milieu psychiatrique.
10. Le 30 juillet 2005, son employeur « En matière de décoration » a signifié son congé à l'assuré pour le 31 août 2005, celui-ci n'ayant pas donné de ses nouvelles et étant considéré comme ayant abandonné son poste de travail.
11. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 2 août 2005, indiquant comme atteintes à la santé une toxicomanie et une dépression nerveuse. Il était en incapacité de travail pour maladie depuis le 26 juillet 2004 et sollicitait le versement d'une rente AI. Il avait travaillé en dernier lieu auprès de l'entreprise « En matière de décoration ».
12. Dans un rapport du 18 août 2005, le Dr E\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré s'était mis à consommer de la cocaïne et de l'alcool suite à son échec conjugal avec sa deuxième épouse. Celui-ci était progressivement devenu incapable d'effectuer un travail régulier et était entré dans un état anxieux et dépressif marqué. Il avait perdu en concentration et en efficacité et ne parvenait pas à se sortir seul de cette situation. Il ne voyait pas d'issue possible à sa situation. Il ne présentait aucun empêchement physique à effectuer un travail. Le pronostic demeurait réservé, en particulier au sujet de la toxicomanie dont l'assuré semblait bien disposé à se sortir. Ce médecin a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de toxicomanie à la cocaïne, de difficultés psychosociales et professionnelles et d'état anxio-dépressif. L'incapacité de travail était totale dans le métier de peintre en bâtiment depuis le 26 juillet 2004. L'assuré n'était pas en état de reprendre une activité professionnelle. Il était douteux qu'il soit possible d'améliorer sa capacité de travail, mais un suivi psychiatrique ainsi que des médicaments restaient des mesures exigibles. Il ne pouvait pas non plus être exigé qu'il reprenne une quelconque activité professionnelle et la situation dépendrait de

l'évolution de son état de santé. Cependant, l'absentéisme prévisible dans le cas d'une reprise d'une activité était de degré moyen.

13. Dans un rapport médical du 21 août 2005, la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.37) présente depuis plusieurs années, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie - F14.26), présents depuis deux ans, de trouble dépressif récurrent (F33) et de phobie sociale (F40.2) présente depuis deux ans et demi, découverte en juin 2005. Sa prise de cocaïne était en voie de diminution, avec difficulté. Son incapacité de travail était totale de juillet 2004 à juillet 2005. Ce médecin considérait que l'état de l'assuré pouvait être amélioré par des mesures médicales, et que des mesures professionnelles étaient indiquées.
14. À la demande du service médical régional de Suisse romande de l'AI (ci-après : SMR), le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 27 avril 2007 que son patient avait effectué plusieurs tentatives de sevrage de la cocaïne. Il avait été aidé par Monsieur H\_\_\_\_\_, psychologue, et par la Dresse G\_\_\_\_\_, mais avait été contraint d'arrêter ces différents traitements faute d'argent. Il continuait à consommer de la cocaïne environ une fois par semaine. Il consommait en outre du Xanax 1mg de temps en temps. L'assuré était actuellement pris en charge par l'Hospice général et dès qu'il aurait de nouveau une caisse maladie qui l'assurait, un traitement plus adapté (psychiatre ou psychologue) pourrait être envisagé. Le pronostic demeurait toutefois réservé, son état étant stationnaire. Sa capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité. Le médecin considérait qu'une expertise psychiatrie était nécessaire.
15. Dans un avis du 27 septembre 2007, la doctoresse I\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que si les expertises rendues par le Dr D\_\_\_\_\_ semblaient fouillées, elles contenaient de nombreuses discordances. L'impartialité de l'expert semblait par ailleurs ne pas être totale. La Dresse I\_\_\_\_\_ demandait par conséquent un nouvel avis médical du Dr E\_\_\_\_\_, ainsi que le nom du nouveau psychiatre de l'assuré.
16. Le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport médical en date du 23 janvier 2008. L'assuré souffrait toujours de toxicomanie à la cocaïne, qu'il consommait deux à trois fois par semaine avec une ou deux canettes de bière pour diminuer les tremblements secondaires, de difficultés psychosociales et d'un état anxio-dépressif, le tout depuis six ans environ. En raison de problèmes financiers et d'un manque de motivation, il avait rompu toute relation thérapeutique. Il prenait occasionnellement du Temesta. Il manquait de courage et de motivation pour s'en sortir. L'assuré avait confirmé au Dr E\_\_\_\_\_ qu'il prendrait contact avec un psychiatre s'occupant de toxicomanie afin de débiter un nouveau traitement. Le contexte étant extrêmement fragile, le pronostic demeurait réservé. Le médecin a précisé qu'en raison d'un coupure au niveau de extenseurs du pouce de la main gauche, l'assuré présentait un déficit de flexion du pouce. Il n'était pas possible d'exiger pour le moment une

reprise d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Les limitations fonctionnelles étaient de ne pas faire de travail en hauteur ou sur une échelle, de déplacements sur sol irrégulier ou en pente, et le comportement de l'assuré n'était pas acceptable par l'entourage.

17. Dans un avis du 22 février 2008, le docteur J\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué qu'il était fait mention à de nombreuses reprises dans ce dossier de consommation de substances psychoactives mais que, hormis l'évocation d'un trouble de personnalité, il n'y avait pas d'éléments suffisants pour savoir si l'assuré présentait une atteinte psychiatrique incapacitante, si elle existait déjà dans le passé et si les circonstances de décompensation étaient uniquement liées à la connaissance d'une partenaire toxicomane. Il fallait poursuivre l'instruction par un examen psychiatrique SMR afin de répondre à ces questionnements.
18. Cet examen spécialisé a été effectué le 20 mars 2008 par le docteur K\_\_\_\_\_ du SMR, psychiatre FMH.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne (F14.25) et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis (F12.25). Selon l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, l'assuré avait consommé du cannabis de ses 14 à ses 30 ans. Dans les plaintes actuelles, ce dernier décrivait un mal-être permanent étant à l'origine de son addiction à la cocaïne. Son sommeil était perturbé, l'appétit diminué et la libido suspendue depuis plusieurs années. Une journée se déroulait de la façon suivante : il se levait vers 10 heures, regardait la télévision, préparait un repas, faisait ensuite la sieste, puis descendait en ville de 14 à 16 heures afin de s'approvisionner pour son addiction. Il rentrait ensuite chez lui « pour se faire son premier sniff » de la journée, puis d'autres jusqu'à minuit, pendant qu'il passait le reste de sa journée à écouter de la musique et des films dans sa tête. Il finissait par se coucher vers 1 heure du matin. L'assuré semblait collaborant, bien orienté dans les trois modes, ne présentant ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Son discours était cohérent et on ne retrouvait pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. La thymie était bonne, sans tristesse ni irritabilité, avec des ruminations essentielles. Il n'avait pas d'idées noires ni d'idées suicidaires, avec une anhédonie depuis quatre ou cinq ans. Il souffrait d'une mauvaise image de lui-même, avec culpabilité, ne souffrait pas de repli sur soi. Ses relations personnelles étaient cependant liées à sa consommation de cocaïne. Il y avait eu des périodes d'anxiété itérative anamnétique, mais pas d'élément en faveur d'une anxiété généralisée, d'une agoraphobie, d'une claustrophobie ou de la lignée obsessionnelle, ni de trouble de la lignée psychotique. Concernant le diagnostic de trouble somatoforme persistant, l'assuré se plaignait de douleurs de l'épaule gauche consécutives à un traumatisme. L'examen mettait en évidence une symptomatologie addictive à la cocaïne ayant démarré dès l'âge de 15 ans, dans le cadre d'une addiction festive au hachisch,

laquelle avait continué jusqu'à ses 33 ans et s'était poursuivie par une addiction à l'alcool, puis enfin à la cocaïne. L'examen clinique ne permettait pas de mettre en évidence de pathologie dépressive ou anxieuse particulière, pas plus que de pathologie psychotique ou de critère de CIM-10 de trouble de personnalité. Le Dr K\_\_\_\_\_ s'éloignait des diagnostics proposés par la Dresse G\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, de trouble de personnalité émotionnellement labile, de trouble dépressif récurrent et de phobie sociale, faute d'éléments. L'examen clinique n'avait pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il était superposable à l'expertise psychiatrique du Dr D\_\_\_\_\_, mettant en évidence des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne et de cannabis. Il n'y avait pas de maladie au sens de l'AI ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, ni de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. La capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans son activité habituelle, tout comme dans une activité adaptée, depuis toujours.

19. Dans un avis médical du 16 avril 2008, le Dr J\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'examen psychiatrique auquel avait procédé le Dr K\_\_\_\_\_ s'approchait fortement de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_. Il ne permettait de retenir aucune affection psychique relevant de l'AI. Les troubles liés aux consommations de stupéfiants étaient identiques. Il s'éloignait des diagnostics de la psychiatre traitante dans le sens qu'aucun élément clinique en faveur d'un trouble de personnalité ou dépressif, voire anxieux généralisé ne pouvait être objectivé. L'assuré ne présentait pas de maladie au sens de l'AI ; sa capacité de travail devait être considérée comme entière dans toute activité, depuis toujours.
20. Dans un projet de décision du 21 avril 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, au vu de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ et de celle réalisée par le SMR. Les constatations de ceux-ci étaient corroborées par le Dr J\_\_\_\_\_.
21. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par l'intermédiaire de son conseil le 22 mai 2008. Son incapacité de travail était toujours attestée par son médecin traitant en raison d'un état psychique déficient reconnu. L'OAI était invité à revoir son appréciation et à lui faire bénéficier de la rente à laquelle il prétendait.
22. Par décision du 26 mai 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision. L'assuré n'avait apporté aucun élément médical nouveau lui permettant de revoir sa position. Il ressortait des documents médicaux, en particulier de l'expertise réalisée par le Dr D\_\_\_\_\_ et l'examen psychiatrique réalisé au SMR, que l'assuré ne présentait pas de pathologie invalidante ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique, constatations corroborées par le Dr J\_\_\_\_\_. La demande de prestations de l'assuré était rejetée. Recours pouvait être formé contre cette décision. L'assuré n'a pas contesté cette décision.

23. Le 23 septembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il était en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, en raison d'une neuropathie, d'un diabète, d'une agoraphobie et d'une addiction à la cocaïne. Il était en traitement depuis le 28 février 2013 chez le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, et depuis 2001 chez le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne.
24. Le 26 septembre 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré que son droit aux prestations de l'AI avait déjà fait l'objet d'une décision, le 26 mai 2008, si bien que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que sa situation s'était modifiée de manière à influencer son droit à des prestations de l'AI. Il lui appartenait de faire parvenir à l'OAI, dans un délai de trente jours, tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision, notamment un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante de son état de santé (diagnostics, évolution, capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles).
25. L'assuré n'a pas donné suite à cette invitation.
26. Dans un projet de décision du 14 novembre 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations déposée en septembre 2014, celui-ci n'ayant pas donné suite à la demande de renseignement et de pièces médicales qui lui avait été adressée le 26 septembre 2014. L'assuré n'avait par conséquent pas rendu plausible que son état s'était aggravé. Il pouvait, dans les trente jours, par écrit ou oralement lors d'une entrevue sur rendez-vous, faire part de ses objections à l'encontre de cette position ou demander des renseignements.
27. L'assuré n'a pas fait usage de cette possibilité.
28. Par décision du 13 janvier 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations faite par l'assuré en septembre 2014, au motif qu'il n'avait pas rendu plausible, par l'apport d'un rapport médical circonstancié, que son état de santé s'était aggravé.
29. Par une requête datée du 25 mars 2015, l'assuré a à nouveau demandé à l'OAI des prestations de l'AI. Il était en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, en raison d'une neuropathie, d'un diabète, d'une agoraphobie et d'une addiction à la cocaïne. Il était en traitement chez le docteur M\_\_\_\_\_ depuis 2001 pour son diabète, sa neuropathie et son addiction, et chez le Dr L\_\_\_\_\_ depuis le 28 février 2013 pour son agoraphobie et son addiction. Cette demande a été enregistrée par l'OAI le 18 mai 2015.
30. Dans un rapport médical du 13 avril 2015, joint à cette nouvelle demande, le Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (F33.1) présent depuis l'adolescence, de phobie sociale (F40.1) présente depuis



plusieurs années, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, syndrome de dépendance (F14.2) présents depuis la fin de l'adolescence, ainsi que de troubles de la personnalité. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail retenus étaient ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac (F17), de diabète sucré non insulino-dépendant (F11) et de maladie de Ménière (H81.0). La consommation de cocaïne de l'assuré aurait commencé à ses dix-huit ans, puis se serait aggravée depuis une douzaine d'années dans un contexte d'accentuation d'une souffrance dépressive ; il consommait actuellement de ce produit deux à trois fois par semaine ; par le passé, il aurait utilisé ponctuellement d'autres produits, tels que l'héroïne et l'ecstasy ; il consommait également occasionnellement de l'alcool. Sur le plan thymique, il se plaignait d'un état de tristesse, de pleurs, d'anxiété, d'irritabilité, de culpabilité en lien avec son rôle de père, de solitude, d'isolement, et dévalorisation, d'asthénie, d'anhédonie et d'un certain sentiment de désespoir. Il avait peur de se trouver confronté à des personnes, ceci expliquant sa tendance à l'isolement ; son diabète sucré et sa neuropathie seraient selon lui d'autres facteurs de stress. Il n'aurait pas bénéficié d'un suivi psychiatrique soutenu dans le passé, la prise en charge par un psychothérapeute ayant été arrêtée au bout de trois mois ; cette absence de soins adaptés s'expliquerait par sa phobie sociale. Son évolution clinique était globalement stationnaire. S'agissant de son status mental, l'assuré présentait une attention, une concentration et une fonction mnésique diminuées. Son discours était fluide, cohérent, informatif, relativement pauvre en forme et en contenu. Sa thymie était anxio-dépressive ; il revenait constamment à sa situation familiale. Il ne présentait pas d'idéation suicidaire ou d'éléments sémiologiques de la lignée psychotique. Ses troubles psychiatriques étaient relativement persistants malgré une prise en charge psychiatrique relativement soutenue et la prescription de médicaments psychotropes. Un réajustement de la médication était en cours, et un suivi psychothérapeutique avait été organisé auprès de Madame N\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute. La pathologie psychiatrique dont il souffrait avait des répercussions sur sa capacité de travail, en raison entre autres des troubles thymiques (tristesse, asthénie, anhédonie, anxiété), relationnels (tendance au repli et à l'isolement) et addictifs (recherche itérative et compulsive du produit) dont il souffrait. Ses capacités d'adaptation et d'autonomie étaient restreintes. On ne pouvait s'attendre ni à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail.

31. Par lettre du 19 mai 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré que son droit aux prestations de l'AI avait déjà fait l'objet de décisions, les 30 octobre 2002, 26 mai 2008 et 13 janvier 2015, toutes trois devenues définitives, et il l'a informé que dans le cadre d'une nouvelle demande de son droit à des prestations, il lui fallait lui adresser tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI. Il soumettrait au SMR le rapport médical du Dr L\_\_\_\_\_ joint à sa demande, afin qu'il analyse son contenu et se prononce sur une éventuelle entrée en matière.

32. Le 8 juin 2015, la doctoresse O\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le degré de l'état dépressif retenu par le Dr L\_\_\_\_\_ n'était pas considéré comme incapacitant au sens de l'AI, et une consommation de toxiques avait déjà été évaluée et diagnostiquée comme primaire. Les éléments médicaux produits ne montraient pas une aggravation de la santé de l'assuré.
33. Par un projet de décision du 12 juin 2015, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était aggravé. L'assuré pouvait, dans les trente jours, par écrit ou oralement lors d'une entrevue sur rendez-vous, faire part de ses objections à l'encontre de cette position ou demander des renseignements.
34. Dans un rapport médical intermédiaire du 24 juin 2015, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assuré s'était aggravé et que les diagnostics retenus avaient changé, sans apporter d'autre précision. De nouvelles mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, ni un nouvel examen médical complémentaire.
35. Le 16 septembre 2015, le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé à l'OAI que l'assuré souffrait d'un état dépressif, d'un état anxieux, de neuropathie diabétique, de polyneuropathie sensitivo-motrice myélinique et de douleurs, diagnostics ayant tous des répercussions sur sa capacité de travail. Comme diagnostic sans effet sur celle-ci, il a indiqué un tabagisme actif chronique, une hypercholestérolémie, un diabète NIR depuis 2010, une microalbuminurie, une haute tension artérielle, une consommation OH à risque, une dépendance au THC / cocaïne occ et un déficit cochléo-vestibulaire à droite / maladie de Ménière. Il suivait son patient depuis 2010. Celui-ci présentait un état dépressif avec une consommation d'alcool parfois excessive ; il avait tendance à prendre du poids et ses valeurs de glycémies n'étaient pas encore optimales. Il souffrait d'un état anxieux et dépressif fluctuant, ainsi que de douleurs neurogènes des membres inférieurs. Le pronostic était peu favorable. Il bénéficiait actuellement d'un suivi pour son diabète et psychiatrique, ainsi qu'une importante médication. Sa capacité de travail était nulle. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable d'un point de vue médical.
36. Par décision du 18 septembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, celui-ci n'ayant pas rendu une aggravation de son état de santé vraisemblable. En effet, les éléments fournis par le Dr M\_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à modifier l'avis du SMR ; ils avaient déjà été pris en compte dans les précédents avis médicaux du SMR. Recours pouvait être formé contre cette décision dans les trente jours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
37. Par acte du 15 octobre 2015, l'assuré a formé recours contre cette décision par l'intermédiaire d'un avocat, mis au bénéfice de l'assistance juridique, en concluant préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi à l'assuré d'une rente d'invalidité

dont le degré devait être fixé après accomplissement d'investigations médicales complémentaires. L'assuré était dans l'attente de renseignements complémentaires de ses médecins traitants.

38. Dans son complément au recours du 13 novembre 2015, l'assuré a conclu préalablement à ce que le Dr M\_\_\_\_\_ soit auditionné et à ce qu'une expertise médicale multidisciplinaire (neurologique, psychiatrique et somatique) soit ordonnée. Il a produit un courrier du Dr M\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2015, aux termes duquel il présentait d'une part, des douleurs neurogènes des membres inférieurs, le gênant dans ses activités quotidiennes et source d'une incapacité partielle de travail, et d'autre part un état dépressif assez sévère avec des consommations d'alcool parfois massives, cause principale d'une incapacité de travail probablement totale, état pour lequel il bénéficiait d'un suivi spécialisé par le Dr L\_\_\_\_\_, étant ajouté que la gestion de ses pathologies somatiques étaient rendues difficiles en raison de son état psychique et qu'il présentait des accès de vertige parfois très handicapant mais pas constants. Cet avis médical établissait une aggravation de l'état de santé de l'assuré, et devait conduire l'OAI à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'AI et pour le moins, à mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire sur les plans neurologiques, psychiatriques et somatiques afin d'établir ses différents maux sur sa capacité de travail.
39. Dans sa réponse du 26 novembre 2015, l'OAI a relevé que lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans investigation complémentaire par un refus d'entrer en matière. L'administration sera d'autant plus exigeante lorsque le temps entre la nouvelle demande et celle qui la précède est court. Dans le cas d'espèce, bien qu'invité à le faire, l'assuré n'avait apporté aucun élément médical permettant de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé, ni qu'il souffrait d'une nouvelle atteinte. Dans les cas de dépendance, il ne suffisait pas d'évaluer la capacité de travail de l'assuré, mais il fallait en outre déterminer les origines de l'incapacité de travail, ses causes, la question déterminante pour la causalité étant de savoir quelle serait la capacité de gain s'il n'était pas toxicomane. Le constat de la présence de troubles psychiques ne suffisait pas non plus ; il fallait encore déterminer si de telles atteintes avaient valeur de maladie au sens de l'AI, donc si elles étaient de nature à provoquer une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de gain de l'assuré indépendamment de la dépendance, en considération des notions d'effort raisonnablement exigible et de caractère durable ou permanent des atteintes. Le principe inquisitoire ne s'appliquait pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande ; il n'appartenait pas à l'OAI ni à la chambre des assurances sociales de procéder à des mesures d'instruction complémentaires ; c'était l'assuré qui devait fournir les éléments médicaux pertinents. Les rapports médicaux produits en l'espèce par l'assuré ne faisaient pas état d'une aggravation des atteintes ou de

nouvelles atteintes ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Le recours devait être rejeté.

40. Bien qu'en ayant reçu la possibilité, l'assuré n'a pas présenté d'observations à la suite de l'écriture de l'OAI.
41. La cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. 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<sup>er</sup> 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, dès lors que la décision attaquée est une décision rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision pertinente.
3. a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment 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. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de

---

la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1).

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. À 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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). 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; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue.

c. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification influant sur le droit aux prestations, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2), à savoir, plus précisément, de la dernière décision qui a reposé sur un examen matériel du droit au même type de prestation (notamment d'une rente), avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit ((ATF 133 V 108 consid. 5 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 3054 ss, not. 3067, 3094 ss).

Il ne suffit pas que l'assuré allègue une aggravation de son état de santé ou de sa capacité de gain. Il doit la rendre plausible, c'est-à-dire fournir des indices à l'appui de ce changement, qui convainquent que les faits allégués se sont vraisemblablement produits, mais il ne saurait être exigé de lui qu'il fournisse la preuve de l'aggravation alléguée au degré de la vraisemblance prépondérante exigée de façon générale en matière d'assurances sociales (ATAS/642/2011 du 20 juin 2011 consid. 3b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 3100).

4. a. En l'espèce, la dernière décision que l'intimé a rendue sur le droit du recourant à une rente de l'AI ayant comporté un examen matériel dudit droit est celle du 26 mai 2008, ayant refusé au recourant toute prestation, pour le motif qu'à teneur des

éléments figurant au dossier, en particulier des appréciations concordantes des Dr D\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, le recourant souffrait certes de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation de cocaïne et de cannabis, mais que ces troubles n'étaient pas des pathologies invalidantes au sens de l'AI, si bien que sa capacité de travail devait être considérée comme totale dans toute activité, depuis toujours. C'est au regard des faits retenus à l'époque de cette décision qu'il faut déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé et/ou de sa capacité de gain. Peu importe que, dans l'intervalle, à savoir le 3 janvier 2015, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur une demande de rente que le recourant lui avait présentée le 23 septembre 2014, pour le motif que celui-ci n'avait produit aucun document médical à l'appui de sa demande. Ce refus d'entrer en matière n'empêchait pas le recourant, sous réserve d'un abus de droit ici non réalisé, de déposer, même deux mois plus tard seulement, une nouvelle demande de prestations, libellée de façon identique.

b. La nouvelle demande de prestations du recourant, du 25 mars 2015, tend à l'octroi d'une rente d'invalidité, à l'instar de celle qu'il avait présentée le 2 août 2005, au surplus pour des motifs de façon prépondérante similaires à ses demandes des 23 septembre 2014 et 25 mars 2015. Il incombe donc bien au recourant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et/ou de sa capacité de gain pour que l'intimé soit tenu d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Il ne suffit en tout état pas d'avoir ajouté une neuropathie et un diabète à la liste des motifs le rendant, selon lui, totalement incapable de travailler depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 pour que cette exigence tombe. C'est d'ailleurs bien des motifs pris en considération en 2008, relevant de la psychiatrie et des problèmes d'addiction à des produits toxiques, que le recourant met principalement en avant à l'appui de sa demande, à savoir une agoraphobie et une addiction à la cocaïne. Dans son rapport médical du 13 avril 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ n'évoque le diabète sucré non insulino-dépendant et la maladie de Ménière (soit une affection de l'oreille interne par un ensemble de troubles comprenant des vertiges, une baisse de l'audition et des bourdonnements d'oreille) qu'à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, de même d'ailleurs que le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 16 septembre 2015.

c. Le recourant a certes produit, cette fois-ci, des documents médicaux à l'appui de sa nouvelle demande de rente, à savoir un rapport médical 13 avril 2015 du psychiatre-psychothérapeute L\_\_\_\_\_ et un rapport ainsi qu'un courrier respectivement des 24 juin et 16 septembre 2015 du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

c/aa. Concernant les affections psychiatriques, force est de constater que, dans son rapport médical du 13 avril 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ retient pour l'essentiel, sinon exclusivement, des diagnostics avec effet sur la capacité de travail qui remontent pour certains à l'adolescence ou la fin de l'adolescence (s'agissant respectivement d'un trouble dépressif récurrent et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne), une autre – la phobie sociale – qui serait présente

---

« depuis plusieurs années » (sans autre précision) ainsi que des troubles de la personnalité (sans précision quant au temps depuis lequel ils seraient présents). Ces affections n'apparaissent pas nouvelles ; elles ne sont avancées qu'à titre d'affections procédant d'une appréciation différente d'une même situation médicale qu'en 2008, ayant alors déjà été envisagées mais niées ou estimées non incapacitantes par les Dr D\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, sans que le Dr L\_\_\_\_\_ n'apporte d'éléments susceptibles de constituer des indices que, depuis 2008, ces affections seraient apparues et/ou auraient pris une ampleur désormais telle qu'elles seraient incapacitantes et, surtout, pertinentes du point de vue de l'AI.

À ce dernier égard, il sied de rappeler que si les atteintes à la santé psychique et mentale peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, il n'y a cependant incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA), et, surtout en l'espèce, qu'une dépendance comme l'alcoolisme ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Une telle dépendance ne joue un rôle dans l'AI que lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré ou résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie ; pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et 2.4). Or, le rapport précité du Dr L\_\_\_\_\_ ne fournit aucun indice que, depuis 2008, la situation aurait évolué au point qu'il serait vraisemblable qu'une abstinence aux produits toxiques ne pourrait pas être attendue du recourant, ni que, en raison des origines ou des effets de la toxicomanie, il faudrait admettre une comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de gain au sens de l'AI. Le Dr M\_\_\_\_\_ n'apporte pas non plus d'éléments médicaux rendant plausible une aggravation de l'état de santé du recourant sous l'angle psychiatrique. Il n'a par ailleurs pas été versé au dossier de rapport de la psychologue-psychothérapeute N\_\_\_\_\_, qui assurerait le suivi psychothérapeutique du recourant.

c/bb. Quant aux diagnostics de neuropathie diabétique et de polyneuropathie sensitivo-motrice myélinique, qui pourraient paraître nouveaux, ils ne sont guère qu'allégués, en particulier par le Dr M\_\_\_\_\_, sans qu'aucun élément ne soit avancé qui pourrait servir d'indice suffisant qu'ils sont incapacitants, en eux-mêmes ou du fait d'interférences médicales. Il n'a pas été produit de rapports médicaux émanant d'un neurologue et comportant un tel indice d'aggravation non seulement de l'état de santé mais aussi de la capacité de gain du recourant.

c/cc. En conclusion, faute d'indice d'une aggravation vraisemblable suffisamment significative de l'état de santé et/ou de la capacité de gain du recourant depuis au

plus courant 2008, l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de rente que ce dernier a présentée le 25 mars 2015.

5. a. Le présent recours sera donc rejeté.

b. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, toutefois, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, la chambre de céans renoncera à mettre un émolument à sa charge.

c. Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne lui sera pas alloué d'indemnité de procédure.

\* \* \* \* \*



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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge du recourant.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure au recourant.
5. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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