

GE_GERICHTE A/1698/2018 vom 27. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1698_2018

FR: GE_GERICHTE A/1698/2018 du 27 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/1698/2018 del 27 giugno 2019

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, ressortissant du Kosovo, titulaire d'un Livret B - OASA, marié, domicilié à Genève, vendeur et monteur de fenêtres indépendant, a été victime d'un accident sur la voie publique, le 27 décembre 2012: alors qu'il circulait au volant de son véhicule, il a été percuté par une voiture de police. Il a notamment subi des fractures de côtes ainsi qu'une fracture multifragmentaire du tibia et une fracture tri locale de la fibula gauche. Il a été opéré en urgence le 28 décembre 2012 par enclouage centromédullaire du tibia et péroné de la jambe gauche. Compte tenu de l'évolution vers une pseudarthrose, l'assuré a bénéficié d'une greffe osseuse au niveau du foyer de la fracture, le 18 juillet 2013. Il a également été rapporté des troubles psychiques, par la suite, sous forme d'état anxio-dépressif, selon ses médecins, les docteurs B_____ et C_____, spécialistes FMH en médecine générale. Le cas a été pris en charge par la CNA, assureur-accident. 2. a. Le 6 mars 2015, la CNA Genève a rendu une décision par laquelle elle mettait un terme au versement des prestations d'assurance le 13 mars 2015, motif pris que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. b. Statuant sur opposition que l'assuré avait formée à l'encontre de cette décision, la CNA a écarté l'opposition par décision du 21 mai 2015. c. En date du 22 juin 2015, représentée par son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée. d. Par arrêt du 30 janvier 2017 (ATAS/56/2017), la chambre de céans a admis le recours et annulé la décision sur opposition du 21 mai 2015. Il a renvoyé la cause à l'intimée pour la mise en place d'une expertise médicale, ayant estimé que les rapports de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) et du médecin d'arrondissement de l'intimée, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. 3. Le 26 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). L'atteinte à la santé résultait de l'accident susmentionné, et touchait en particulier la jambe droite (selon ce que mentionnait l'assuré). 4. L'OAI a notamment recueilli copie du dossier de la CNA, et réuni diverses pièces médicales en relation avec les divers aspects somatiques et psychiques évoqués (pour l'aspect psychique, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a pour sa part établi un rapport à la demande de l'OAI en date du 12 novembre 2015. Il retenait notamment un épisode dépressif modéré. Il avait vu le patient une fois en juillet et une fois en décembre 2014, et envisageait la reprise d'un suivi psychiatrique. 5. Après instruction de la cause, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, le 5 février 2016. Depuis le 27 décembre 2012 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était

considérablement restreinte. Des renseignements recueillis au dossier, il ressortait qu'il exerçait une activité en tant qu'indépendant à titre complet. Il ressortait des documents médicaux en possession de l'OAI qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 27 décembre 2012. Cependant il ressortait de ces mêmes documents qu'il avait une capacité totale de travail dans son activité habituelle dès le 27 novembre 2014. À partir de cette date, son invalidité devait être considérée comme nulle au sens de la LAI. La demande de prestations ayant été déposée en octobre 2015, d'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte, étant donné que le droit à une rente, dans son cas, n'aurait pas pu naître avant le mois d'avril 2016, conformément à l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas étant donné que l'assuré présentait une capacité entière de travail dans toute activité depuis le 27 novembre 2014. 6. Par courrier recommandé du 16 mars 2016, l'OAI a notifié à l'assuré une décision strictement conforme au projet susmentionné. Elle est entrée en force. 7. Le 10 janvier 2018, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Selon cette nouvelle demande, il était en incapacité totale de travail depuis le 27 décembre 2012, pour une durée indéterminée. Il était assisté par l'Hospice général. Quant à l'atteinte à la santé, s'agissant des renseignements plus précis sur le genre d'atteinte, il a mentionné : douleurs chroniques aux jambes, maux de tête, lombalgies. Ses médecins étaient toujours les mêmes : Dresse C _____ pour les douleurs chroniques aux jambes, maux de tête et lombalgies, et Dr F _____, spécialiste FMH en orthopédie, pour les lombalgies et douleurs aux jambes. 8. L'OAI a accusé réception de cette demande, par courrier du 11 janvier 2018. L'office a considéré celle-ci comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). Il ressortait de l'examen du dossier qu'il avait déposé une première demande de prestations OAI le 3 septembre 2008 (recte : le 26 octobre 2015), qui avait donné lieu à une décision de refus de prestations le 16 mars 2016, devenue définitive. La nouvelle demande ne pouvait être examinée en application de l'art. 17 LPGA que s'il était établi 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'était modifiée de manière à influencer ses droits. Cela étant il lui était loisible de déposer une deuxième demande de prestations AI si sa situation médicale ou économique avait subi un changement important. Dans ce cas, la loi stipule qu'il appartient à l'assuré qui demande le réexamen de sa situation d'apporter la preuve de ce changement. À défaut d'une telle preuve, l'OAI ne peut pas entrer en matière sur cette deuxième demande (art. 87 RAI). Au vu de ce qui précède, il lui appartenait de faire parvenir à l'OAI tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. Un délai de 30 jours lui était imparti pour ce faire. L'OAI précisait enfin qu'il serait notamment utile que l'assuré lui fournisse un rapport médical circonstancié de chacun de ses médecins traitants, démontrant une aggravation probante de son état de santé (et l'OAI d'énumérer les différentes rubriques devant figurer dans de tels documents). Sans nouvelles de sa part dans le délai imparti, si les éléments qui lui seraient remis entre-temps ne renfermaient rien de nouveau, l'OAI devrait considérer que l'assuré n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité, et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. 9. Le 22 janvier 2018, l'OAI a reçu les documents suivants, énumérés chronologiquement : - un rapport d'examen radiologique de la jambe gauche du 25 avril 2014 par le service de radiologie des HUG ; - un rapport radiographique de l'institut d'Image Rive (Dr G _____) relatif à une

radiographie de la jambe gauche du 27 août 2014 ; - un rapport de l'institut de radiologie de Sion du 29 octobre 2014, relatif à une IRM cérébrale et angio-IRM des vaisseaux intracrâniens du 28 octobre 2014 ; - un bref descriptif manuscrit non signé, d'une date partiellement illisible, d'avril 2015, décrivant pour l'essentiel les atteintes à la santé résultant de l'accident du 27 décembre 2012 ; - un rapport du même institut du 17 avril 2015 relatif à des radiographies de la hanche gauche, des deux genoux, du gril costal, et de la cheville gauche, du même jour; - un rapport de l'institut de radiologie de la clinique Générale-Beaulieu à l'intention de l'orthopédiste traitant (Dr F_____) du 24 avril 2015 relatif à des radiographies de la jambe et IRM du genou à droite du jour-même ; - un rapport d'examen électroneuromyographique des membres inférieurs du 13 mai 2015 à la recherche de signes en faveur d'une souffrance dans le territoire du nerf sciatique poplitée externe gauche, de la doctoresse H_____ spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie, à la doctoresse I_____, spécialiste FMH en neurologie et neurologue traitante ; les résultats de cet examen ne permettent pas de confirmer une atteinte sensitivo-motrice du nerf sciatique poplitée externe gauche; en conclusion cet examen ne permet pas de confirmer ou d'infirmer une atteinte du nerf sciatique poplitée externe gauche; toutefois il semble y avoir une irritation du nerf cutané péronier ou du nerf cutané sural latéral gauche par la vis juste en dessous du genou ; - un rapport de l'institut de radiologie ImageRive, relatif à une échographie des tissus mous de la jambe gauche du 3 juin 2015 ; - un rapport du Dr F_____ au médecin traitant du 30 octobre 2015, rappelant que ce dernier lui avait adressé le patient pour une expertise concernant les séquelles de son accident. - une IRM du pied gauche du 14 septembre 2016 par le docteur J_____, qui conclut à une discrète aponévrosite plantaire sans fissuration intra-tendineuse. Le reste de l'examen est sans particularité ; - Un rapport radiologique du docteur K_____, médecin radiologue FMH du 10 novembre 2016, relatif à une IRM lombo-sacrée du 9 novembre, qui conclut à une discopathie L5-S en avec dessiccation discale et minime débord discal circonférentiel sans sténose du canal spinal central ou des foramens. Petite protrusion discale L4-L5 postéro-latérale gauche sans signes de conflit discoradiculaire; - un rapport de l'institut d'imagerie médicale et radiodiagnostic BATTIKHA du 5 septembre 2017, relatif à une IRM du cerveau du 5 septembre 2017 qui conclut que cet examen révèle de multiples anomalies de signal dans la partie inférieure de l'hémisphère cérébelleux gauche et surtout à l'étage sus-tentorial de localisation frontale, pariétale, occipitale et dont quelques-unes sont à la limite de la substance grise, hyperintenses en T2 et « technique Flair » sans prise de contraste après injection de gadolinium, aspécifiques évoquant une démyélinisation ischémique dans le cadre d'un status migraineux ou micro-angiopathie ; pas d'effet de masse ni déplacement de la ligne médiane ; pas de dilatation anévrysmale ni shunt artério-veineux ; image polypoïde à composante hydrique au sein du sinus maxillaire droit. - un rapport descriptif des clichés radiologiques des pieds et cheville (profil en charge) du 17 octobre 2017 de l'institut radiologique de l'hôpital du Valais (Dr L_____ médecin adjoint) qui indique que les clichés de la cheville gauche montrent un clou centro-tibial fixe sans signe de résorption et d'aspect intègre. L'angle de l'arche interne est légèrement au-dessus de la norme des deux côtés, à 127°. D'autre part, morphologie, densité et structure des éléments radiographiés sont dans les limites de la norme. Pas de diastasis tibio-péronier distal significatif d'un côté comme de l'autre. 10. Le 7 mars 2018, le SMR (Dr M_____) a émis un avis par rapport à cette demande de prestations. Il relève que l'assuré, indépendant travaillant comme monteur de fenêtres avait déposé une première demande de prestations AI le 26 octobre 2015. Une

décision de refus de prestations avait été rendue le 16 mars 2016, non contestée. Il rappelle un polytraumatisme avec fractures du tibia et péroné gauche ...; incapacité de travail du 27/12/2012 au 27/11/2014 ; l'assuré est au bénéfice d'une aide de l'Hospice général depuis le 1^{er} octobre 2017; il dépose une deuxième demande de prestations AI le 10 janvier 2018 pour les mêmes atteintes à la santé. Selon lui il est en incapacité de travail depuis le 27 décembre 2012; les pièces versées au dossier n'apportent pas de nouvelles informations à l'exception d'une IRM cérébrale du 5 septembre 2017 et une IRM lombo-sacrée du 9 novembre 2016 qui ne peuvent pas être témoins de l'état de santé. Le SMR considère qu'une aggravation de l'état de santé n'a pas été prouvée. 11. Par courrier du 9 mars 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus d'entrer en matière. Au vu des éléments transmis, l'office n'avait pas pu constater de modifications notables dans sa situation professionnelle ou médicale, raison pour laquelle l'office ne pouvait pas entrer en matière sur cette nouvelle demande. Selon les éléments versés au dossier et après lecture des pièces par le SMR, l'office estime qu'avec cette nouvelle demande l'assuré n'a pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

12. Le 23 avril 2018, en l'absence de contestation de la part de l'assuré du projet de décision susmentionné, l'OAI lui a notifié une décision de non-entrée en matière. 13. Par courrier du 17 mai 2018, reçu par l'OAI le jour-même, l'assuré a informé l'office de son intention de contester la décision du 23 avril 2018. Il rappelle qu'il souffre depuis 2012 de douleurs chroniques aux deux jambes, au dos, et de céphalée intermittente pour laquelle il est suivi par la Dresse I_____. Son état est en péjoration d'année en année. Il souffre aussi de syndrome d'apnées du sommeil (investigations en cours), ainsi que de nervosité et dépression (il a repris un suivi psychothérapeutique avec une psychologue, Madame N_____). Or, à cause de cet état, il avait dû arrêter depuis 2012 son métier de monteur de fenêtres qu'il aime. Il constate malheureusement qu'il ne pourra plus l'exercer "comme avant". Son médecin traitant, la Dresse C_____, connaissant bien sa situation personnelle, l'autorise à écrire à l'office, dans le but de lui apporter des faits nouveaux, pouvant motiver sa demande. 14. Par courrier du même jour, également adressé à l'OAI (joint au courrier précédent), la Dresse C_____ explique à l'office intervenir en qualité de médecin traitant de l'assuré, pour contester la décision de refus d'entrer en matière du 23 avril 2018. Le patient a été traité au Centre médical Carteret (où elle pratique) depuis le mois d'avril 2013, à la suite de l'accident du 27 décembre 2012. Elle rappelle sommairement les étapes du traitement et des interventions chirurgicales subies par son patient aux HUG, notamment la dernière le 18 juillet 2013, en raison d'une gêne sur la vis de verrouillage distale AP du tibia gauche et sur fragment osseux de la crête tibiale, ainsi que pour un retard de consolidation de la fracture du tibia. Il a été traité avec des AINS et plusieurs cycles de physiothérapie. Il a été vu en consultation par le spécialiste orthopédique des HUG à plusieurs reprises. Malgré cela, à ce jour, le patient garde encore des douleurs persistantes à la jambe gauche, et depuis environ deux ans, il souffre aussi de gonalgies droites, très probablement causées par un mécanisme de compensation (chondropathie de compensation), et de lombalgies intermittentes. Depuis environ une année, il souffre aussi de céphalées persistantes réfractaires aux AINS et aux antimigraineux, ayant motivé un suivi neurologique avec la Dresse I_____. En avril dernier (2018), il a été adressé au service de pneumologie des HUG (laboratoire du sommeil), qui a diagnostiqué un syndrome d'apnées de sommeil d'intensité probablement sévère. Une polysomnographie est en cours. Il est aussi traité pour une HTA et une hypercholestérolémie. En 2013, il a présenté un état dépressif, par le passé il avait été pris en charge par le Dr E_____.

Depuis quelques mois son état psychologique est en péjoration

et il a depuis peu commencé un suivi thérapeutique avec la psychologue du Centre Carteret. Les faits nouveaux depuis la date de la demande AI sont : la péjoration des céphalées et son état dépressif, ainsi que le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil. Malgré que son patient aime son travail de monteur de fenêtres, à cause de son état somato-psychique actuel il est dans l'incapacité de l'exercer à nouveau. Elle demande donc la reconsidération de la décision du 23 avril 2018 et que son patient soit inclus dans un programme de réadaptation professionnelle. 15. Le jour-même, 17 mai 2018, l'OAI a accusé réception, par courrier recommandé, de sa demande de recours du même jour. Il rappelle à l'intéressé que selon les indications précises données dans la décision du 23 avril 2018, le recours peut être formé contre cette décision dans les 30 jours à compter de sa notification auprès de la chambre des assurances sociales. Il invitait donc l'intéressé ainsi que les médecins cités dans son courrier à bien vouloir s'adresser dans le délai imparti, directement à la juridiction susmentionnée.

16. Néanmoins, par courrier recommandé du 18 mai 2018, l'OAI a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence l'original du courrier de l'assuré du 17 mai 2018 accompagné de son annexe ainsi que la copie de la décision contestée du 23 avril 2018.

17. Parallèlement, la chambre de céans a reçu par même distribution postale le courrier du recourant, et le rapport de son médecin traitant, - tous deux datés également du 17 mai 2018, rigoureusement identiques, dans leur teneur, aux documents adressés à l'OAI, à cette différence près que le destinataire était la chambre des assurances sociales. 18. Par courrier du 19 juin 2018, l'OAI a répondu au recours, et conclu à son rejet. Le recourant avait adressé une première demande de prestations AI en date du 23 octobre 2015, pour une incapacité de travail ayant débuté le 27 décembre 2012, faisant état d'une atteinte à la jambe droite. Par décision du 16 mars 2016, l'office avait admis que l'incapacité de travail avait été totale du 27 décembre 2012 au 27 novembre 2014 et que dès cette date, compte tenu de l'exercice d'une activité en tant qu'indépendant à temps complet dès le 27 novembre 2014, l'invalidité devait être considérée comme nulle. Dès lors, la demande AI ayant été déposée en octobre 2015, d'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte. Enfin, du fait de sa pleine capacité, des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas. Cette décision n'avait fait l'objet d'aucune contestation. L'intéressé avait formulé une nouvelle demande de prestations datée du 21 décembre 2017 (reçue le 10 janvier 2018), pour une incapacité de travail ayant débuté le 27 décembre 2012, qu'il indiquait être à 100 % de manière ininterrompue depuis lors. Il rappelle que par courrier du 11 janvier 2018, l'office avait accusé réception de la nouvelle demande en attirant l'attention de l'assuré sur le fait que celle-ci était à considérer comme une demande au sens des art. 17 LPGA et 87 al. 2 et 3 RAI. Dans ce contexte il avait été requis de l'assuré de faire parvenir tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 16 mars 2016. L'intéressé avait, dans ce sens, fait parvenir certains documents médicaux. Ceux-ci, pour la plupart dataient d'avant la dernière décision entrée en force ; ils ont été soumis à l'appréciation du SMR. Dans son avis du 7 mars 2018, le SMR a considéré que les nouvelles pièces médicales n'apportaient pas de nouvelles informations, à l'exception de deux IRM qui ne pouvaient cependant pas être témoins de l'état de santé. C'est sur cette base que l'intimé avait rendu sa décision de non- entrée en matière du 23 avril 2018, contre laquelle l'intéressé avait recouru le 17 mai 2018, faisant valoir un rapport médical de son médecin traitant daté du 17 mai 2018, postérieur à la décision entreprise. La production de nouveaux certificats médicaux dans le cadre du recours du 17 mai 2018 n'a pas lieu d'être. La seule question litigieuse est celle de savoir si l'office était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession au moment de prendre sa décision, à refuser

d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 19. Le recourant, invité par la chambre de céans à lui faire parvenir une réplique, dans un délai échéant au 20 juillet 2018, ne s'est pas manifesté dans le délai imparti. 20. Par courrier du 30 juillet 2018, la chambre de céans a encore relancé le recourant, faute par ce dernier d'avoir donné suite au courrier du 20 juin 2018, en l'invitant à le faire dans les meilleurs délais. 21. Le recourant ne s'étant plus manifesté, dans les mois qui ont suivi, la chambre de céans a encore informé les parties de ce que la cause était 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), 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 dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise. 3. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations du recourant. 4. A teneur de l'art. 1 al.1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1 a à 26bis et 28 à 70), à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al.2). Lorsque la rente d'invalidité a été refusée 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]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011). 5. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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'entrer 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 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 114 consid. 2b).

6. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - 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 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). 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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, *La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force*, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).

8. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare 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 ; 109 V 262 consid. 4a et Michel VALTERIO *Droits de l'assurance-vieillesse et survivant (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI)* Schulthess 2011, p. 840 ch. 3095). Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports

produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 9. En l'espèce, il est constant que la seule question litigieuse porte sur le fait de savoir si le recourant a, dans le cadre de sa nouvelle demande, déposée le 10 janvier 2018, démontré de manière plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision entrée en force par laquelle l'OAI avait statué sur ses droits, en l'occurrence en rejetant sa première demande de prestations, soit en l'espèce le 16 mars 2016. a. On observera tout d'abord que l'assuré a indiqué dans sa nouvelle demande qu'il était en incapacité de travail à 100 % depuis décembre 2012 (jour de son accident) pour une période indéterminée. Quant à la description du genre d'atteinte à la santé motivant sa démarche, il a mentionné: douleurs chroniques aux jambes, maux de tête, lombalgies. Force est de constater que tous ces éléments étaient déjà connus et pris en compte au moment du rejet de la demande de prestations du 16 mars 2016. Il reprend l'allégation d'une incapacité totale de travail depuis le jour de son accident, le 27 décembre 2012, prétendant que celle-ci a été ininterrompue jusqu'à ce jour, ce qui déjà n'est pas l'indice d'une aggravation vraisemblable de son état de santé, mais plutôt d'une volonté de remettre en cause la décision entrée en force en mars 2016, qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 27 novembre 2014, déjà. Tel n'est évidemment pas le but d'une nouvelle demande de prestations, dans le cadre de laquelle l'intéressé doit rendre plausible que son état de santé s'était aggravé depuis l'entrée en force de la précédente décision. On comprend dès lors qu'à réception de cette demande, l'OAI n'ait pu d'emblée reconnaître la plausibilité de l'aggravation alléguée, et ait imparti un délai de trente jours à l'assuré pour l'inviter à compléter sa demande avec des documents notamment médicaux susceptibles de rendre plausible l'aggravation alléguée, d'autant que la nouvelle demande ne comportait en annexe aucun document médical. L'OAI a même précisé de quel genre de documents il avait besoin, en en décrivant en détails le contenu nécessaire, et précisant encore qu'il serait utile que tous les médecins concernés, par spécialités, établissent de tels documents. b. Les documents produits par le recourant dans le délai imparti sont, comme l'a relevé le SMR et l'intimé, quasiment tous antérieurs à la décision du 16 mars 2016; la plupart de ceux-ci, sinon tous étaient du reste déjà versés au dossier à l'époque de cette décision, et ne sont dès lors d'aucune utilité pour renseigner sur la plausibilité d'une éventuelle aggravation postérieure de l'état de santé de l'assuré. S'agissant des documents dont la date est postérieure à la décision en force du 16 mars 2016, dont le résumé des constatations et conclusions sont énoncés ci-dessus (ch.8 in fine, En Fait), soit : le rapport d'IRM du pied gauche du 14 septembre 2016 du Dr J_____, celui du Dr K_____, du 10 novembre 2016, relatif à une IRM lombo-sacrée du 9 novembre, celui de l'institut BATTIKHA du 5 septembre 2017, relatif à une IRM du cerveau du 5 septembre 2017 et enfin le rapport descriptif des clichés radiologiques des pieds et cheville (profil en charge) du 17 octobre 2017 de l'institut radiologique de l'hôpital du Valais, la chambre de céans observe que tous ces documents sont des rapports radiologiques descriptifs, constatant pour la plupart des situations sans particularité, aucun de ces rapports ne présentant de comparaison avec des documents antérieurs, susceptible de montrer une évolution laissant supposer une aggravation de l'état de santé du patient, et, comme le SMR l'a relevé dans son avis du 7 mars 2018, ne donne aucune indication sur les conclusions à en tirer par rapport à l'état de santé du patient. c. On rappellera encore que l'OAI, dans son courrier du 11 janvier 2018, accusant réception de la nouvelle demande de prestations de l'assuré, reçue la veille, précisait qu'il serait notamment utile que l'assuré lui fournisse un rapport médical

circonstancié de chacun de ses médecins traitants, démontrant une aggravation probante de son état de santé, prenant la peine d'énoncer dans le détail le type de renseignements nécessaires devant se retrouver dans le contenu de ces rapports. Or, l'assuré n'en a produit aucun. d. Ainsi, l'avis médical du SMR du 7 mars 2018 - sur lequel se fonde la décision de rejet de la demande de prestations -, est cohérent et ne saurait dès lors être critiqué. e. Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé d'entrer en matière, dans ces conditions: outre le fait que l'OAI a scrupuleusement respecté les directives jurisprudentielles en cas de présentation, non conforme aux conditions de l'art. 87 al. 2 et RAI, d'une demande de prestations après un premier refus dû au fait que le taux d'invalidité était insuffisant, la chambre de céans ne peut que constater que cette demande était manifestement insuffisante en regard des principes rappelés ci-dessus, notamment quant aux conditions mentionnées à l'art. 87 al. 2 et RAI et à la jurisprudence y relative, qui rappelle que les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques, l'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré devant permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 et ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). 10. Il est enfin rappelé que la chambre de céans doit apprécier la situation en fonction de l'état du dossier au moment où la décision litigieuse a été rendue. En cas de recours contre une décision de refus d'entrer en matière, elle ne peut se prononcer que sur la question de savoir si c'est à juste titre qu'au moment où l'intimé a rendu la décision entreprise il était fondé à refuser l'entrée en matière; ce qui est le cas en l'espèce. Ainsi, le courrier du 17 mai 2018, adressé par la Dresse C_____ à l'OAI, et annexé au recours de l'assuré, du même jour, est-il postérieur à la décision entreprise, et à ce titre, la chambre de céans ne saurait le prendre en considération, en tant qu'il contiendrait les éléments médicaux, ignorés par l'intimé au moment où il a rendu la décision entreprise de refus d'entrer en matière, au vu du pouvoir d'examen strictement limité dont la chambre de céans dispose en l'espèce. Elle se dispensera donc d'examiner la valeur probante éventuelle de ce rapport. En tant toutefois que le médecin traitant indique expressément écrire pour contester la décision du 23 avril 2018 de l'OAI, force est de constater qu'il ne contient aucun argument ni grief susceptible de démontrer que le SMR, respectivement l'intimé, auraient pu, sinon dû, sur la seule base du dossier en leur possession au moment de rendre la décision, reconnaître le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé du patient, depuis la dernière décision négative en force du 16 mars 2016. On remarquera enfin que le recourant, après avoir déposé son recours devant la chambre de céans, ne s'est plus manifesté auprès d'elle, ni pour lui adresser la copie de la décision entreprise qui avait été sollicitée de sa part par courrier du 22 mai 2018 de la chambre de céans, à réception du recours, ni pour se prononcer dans le cadre d'une réplique, après communication du préavis de l'intimé ; et pas davantage après que la chambre de céans, tenant compte du fait que l'intéressé intervenait sans le concours d'un mandataire, lui eût donné une ultime possibilité de se prononcer. 11. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse n'est pas critiquable. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'entrer en matière. 12. Mal fondé, le recours sera donc rejeté. 13. La procédure n'est pas gratuite - ce qui a d'ailleurs été rappelé au recourant, par la chambre de céans, dans l'annexe à son courrier du 17 avril 2018: l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de

recours en matière de contestations 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.-. Il y a dès lors lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.