

GE_GERICHTE A/1758/2014 vom 5. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1758_2014

FR: GE_GERICHTE A/1758/2014 du 5 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE A/1758/2014 del 5 gennaio 2015

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître AELLEN Cyril recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, est ressortissant de la République du Kosovo.![endif]>![if> 2. Alors domicilié en Valais, l'assuré a été hospitalisé à l'hôpital de Sion en date du 29 avril 2009, en raison d'un infarctus. Une maladie coronarienne titronculaire a été diagnostiquée. Il a subi une intervention chirurgicale le 30 avril 2009, ayant notamment consisté dans la mise en place d'un stent actif dans la première marginale, suivie d'une nouvelle intervention le 30 juillet 2009.![endif]>![if> 3. Il s'est trouvé ainsi, en arrêt maladie, et a touché des indemnités journalières de l'assurance-maladie du 1 er mai 2009 au 30 septembre 2010.![endif]>![if> 4. Le 1 er février 2010, l'assuré a fait l'objet d'une annonce de détection précoce auprès de l'AI, et a été entendu à ce sujet par le service compétent le 16 février 2010.![endif]>![if> 5. Le jour-même, il a déposé une demande de prestations AI pour mesures professionnelles et rente, en raison de sa maladie coronarienne, ainsi qu'en raison de problèmes psychiques.![endif]>![if> 6. Il a par la suite quitté le canton du Valais pour se domicilier à Genève au début mai 2010, canton où il est toujours domicilié actuellement.![endif]>![if> 7. Le 29 septembre 2010 l'intéressé s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi (OCE), à la recherche d'un emploi à 100 % en qualité de monteur en constructions métalliques.![endif]>![if> 8. En date du 26 mars 2012, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève a rendu un arrêt par lequel elle rejetait le recours de l'assuré contre une décision sur opposition de l'OCE l'ayant déclaré inapte au placement dès le 8 juillet 2011. ![endif]>![if> Il ressortait notamment de cet arrêt, s'agissant du contexte de la présente cause, les faits pertinents suivants: - Dans son avis du 7 juillet 2011, la docteure C_____, médecin-conseil de l'OCE, avait considéré que l'assuré n'était psychologiquement pas apte au placement. Un traitement spécialisé devait être mis en place et une réévaluation devrait avoir lieu quelques mois après le début du traitement.![endif]>![if> - Invité à se déterminer à l'égard de cet avis médical, l'assuré avait indiqué être d'accord avec les conclusions du médecin.![endif]>![if> - Par décision du 5 août 2011, l'OCE avait déclaré l'assuré inapte au placement dès le 8 juillet 2011, contre laquelle l'assuré avait formé opposition. ![endif]>![if> - Par décision du 8 août 2011, l'OCE avait informé l'assuré du fait que son droit aux prestations fédérales pour incapacité au sens de l'art. 28 LACI avait pris fin et qu'il dépendait depuis lors des prestations complémentaires cantonales (PCM) et devait subir un délai d'attente de cinq jours.![endif]>![if> - Par décision du 29 septembre 2011, l'OCE avait rejeté l'opposition formée par l'assuré. L'état de santé de celui-ci ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle. Il avait ainsi été, à juste titre, déclaré

inapte au placement. Dès qu'il serait en possession d'un certificat médical de reprise, il serait réinscrit au chômage.![endif]>![if> - Le 28 octobre 2011 l'assuré avait recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, dont il demandait l'annulation. Il concluait à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux "prestations complémentaires" au-delà du 8 juillet 2011. Il exposait être en arrêt maladie depuis le 13 mai 2011. Depuis la mi-juillet 2011, il était suivi par une psychologue, D_____, et était sous antidépresseurs. Il avait perçu des indemnités de chômage jusqu'au 11 juin 2011, date à laquelle il avait épuisé son droit aux prestations fédérales en cas d'incapacité de travail. Le 8 août 2011, l'OCE l'avait informé du fait qu'il percevrait des prestations complémentaires en cas de maladie. N'étant pas de langue maternelle française, il avait confondu incapacité de travail et inaptitude au placement. L'appréciation de la Dresse C_____ reposait sur un entretien de cinq minutes. Contrairement à ce qu'avait retenu ce médecin, il n'était pas inapte au placement, mais temporairement en incapacité de travail. L'avis médical était prématuré, dès lors que l'incapacité de travail n'avait alors pas duré trois mois.![endif]>![if> - L'OCE concluait au rejet du recours. ![endif]>![if> - Dans sa réplique, le recourant indiquait que son état de santé s'améliorait progressivement. Il sollicitait un délai pour produire un certificat médical de son médecin-traitant et de sa psychologue.![endif]>![if> - Par pli du 24 janvier 2012, le recourant avait adressé copie du certificat médical établi par son médecin-traitant le docteur E_____. A teneur de celui-ci, le recourant avait recouvré une capacité de travail à 50% le 1 er janvier 2012 et à 100% le 1 er février 2012. ![endif]>![if> - Il s'était réinscrit au chômage le 18 janvier 2012 et bénéficiait depuis lors à nouveau des prestations de cette assurance!![endif]>![if> 9. En date du 23 août 2012, l'office cantonal AI du Valais a octroyé à l'assuré une rente entière, limitée à la période du 1 er août au 30 septembre 2010. À cette dernière date il avait recouvré une pleine capacité de travail. Cette décision est entrée en force, n'ayant pas été attaquée.![endif]>![if> 10. Le 30 octobre 2012, l'office cantonal AI du Valais a finalement transmis son dossier à l'OAI de Genève, vu le domicile actuel de l'assuré dans ce canton.![endif]>![if> 11. Le 1 er février 2014, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'office), qui l'a reçue le 4 février 2014, une nouvelle demande de prestations « pour dépression et vertiges en cours de traitement dès le 5 mai 2011 auprès du Dr E_____ et dès le 6 février 2013 auprès du docteur F_____ ». ![endif]>![if> 12. Par courrier du 6 février 2014, l'OAI a accusé réception de cette demande, en précisant qu'il la considérait comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance invalidité (RAI), constatant qu'une décision de prestations avait d'ores et déjà été rendue en date du 23 août 2012. Ainsi, l'OAI attirait l'attention de l'assuré sur les exigences requises par sa nouvelle demande, et sollicitait la production de tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision de l'OAI.![endif]>![if> L'office impartissait dès lors à l'assuré un délai de trente jours pour faire parvenir à l'office un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante de son état de santé, en précisant qu'en l'absence de réponse de sa part à l'échéance du délai, il se verrait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 13. L'assuré n'ayant pas donné suite à ce courrier, l'OAI lui a adressé, en date du 24 mars 2014 un projet de décision de refus d'entrée en matière. Ce projet précisait qu'après l'écoulement d'un délai de trente jours, qui ne pouvait pas être prolongé, une décision sujette à recours lui serait notifiée.![endif]>![if> 14. En date du 1 er avril 2014,

l'OAI a reçu de l'Hospice général (ci-après : l'hospice) un courrier l'informant de ce que cet organisme intervenait en faveur de l'assuré depuis le 1^{er} septembre 2011, et entendait dès lors faire valoir, le moment venu, le droit à remboursement des avances consenties à l'intéressé. Figurait en annexe à ce courrier notamment un formulaire de l'hospice indiquant que le bénéficiaire était suivi par lui depuis le 1^{er} novembre 2012, qu'il avait effectué un stage de réinsertion professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Durant la période d'aide de l'hospice, la mesure s'étant bien passée, mais il persistait des problèmes de logement qui sont maintenant terminés. Ce document était signé par l'assistante sociale en charge du dossier et par l'intéressé.!

15. Par courrier recommandé et sous pli simple du 19 mai 2014, l'OAI, en l'absence de contestation du projet de décision susmentionné, a notifié son refus d'entrée en matière, conforme au projet du 24 mars 2014.!

16. Par fax urgent du 17 juin 2014, communiqué à l'OAI le jour-même, - dont le destinataire a pris connaissance le lendemain -, le Dr E_____ a retourné à l'OAI un questionnaire médical sommairement rempli.!

17. Par courrier du 18 juin 2014, déposé au guichet de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève, l'assuré a contesté la décision du 19 mai 2014 ; il annexait à son courrier une copie de la décision entreprise et de la communication adressée par fax à l'OAI, la veille, par le Dr. E_____.!

18. Le 19 juin 2014, le recourant s'est encore adressé, par pli recommandé, à la chambre de céans, se référant à son courrier de la veille, et sollicitant un délai pour compléter son recours, communiquer ses arguments et, si besoin, modifier ses conclusions après avoir pu voir un avocat. Il demandait également de pouvoir bénéficier de l'assistance judiciaire.!

19. Par courrier du 24 juin 2014, un délai au 10 juillet 2014 a été consenti au recourant pour compléter son recours.!

20. Par pli recommandé du 4 juillet 2014 Me Cyril AELLEN, avocat, s'est constitué pour la défense des intérêts du recourant, sollicitant une prolongation du délai consenti à son mandant, indiquant notamment avoir requis, mais ne l'avoir pas encore reçue, la copie du dossier AI de son mandant, et être pour le surplus dans l'attente de la décision concernant l'assistance juridique.!

21. Un délai supplémentaire au 31 juillet 2014 a été consenti au recourant pour compléter son recours.!

22. Dans le délai imparti, le recourant a complété son recours. Il conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision avec suite de dépens; subsidiairement à ce qu'il soit ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de plusieurs médecins, ainsi que la mise sur pied d'une expertise médicale somatique en vue notamment de déterminer l'incapacité de travail du recourant ; pour ensuite dire et constater que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, et renvoyer la cause à l'intimé pour le calcul de cette rente.!

A l'appui de son mémoire, le conseil du recourant a produit de nombreuses pièces, et notamment divers rapports médicaux, émanant des Drs E_____ et F_____, tous datés de 2013 ou 2014, le dernier en date, du Dr. F_____, du 14 juillet 2014. Selon le rapport du Dr. E_____ daté du 28 mai 2014, mais reçu par l'intimé le 18 juin 2014, le recourant souffrait d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère depuis 2011 ; il présentait des troubles du sommeil, de l'anxiété, des crises d'angoisse et de la tristesse. Il a également des difficultés à prendre des décisions, a tendance à consommer beaucoup d'alcool, à se négliger et à ne pas suivre le traitement nécessaire pour sa maladie coronarienne. Ce médecin considère que le recourant est incapable de travailler à raison de 100 % depuis le mois de mai 2011. Les certificats médicaux successifs du docteur F_____ depuis le 9 décembre 2013 attestent que ce médecin considère que le recourant est incapable de

travailler à 100 % depuis le 1^{er} décembre 2012 et ce pour une durée indéterminée. Les rapports médicaux successifs démontrent dès lors de façon évidente que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de façon radicale et que la demande AI de l'assuré doit être analysée. Il appartient à la Cour, en vertu de l'art. 61 alinéa 1 lettre c LPGA, de prendre en compte rapport médical du docteur Dr. E_____ du 28 mai 2014 qui n'a pas pu être pris en considération par l'OAI, n'ayant au surplus été envoyé par fax à cette administration que le 18 juin 2014. 23. L'intimé a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> L'OAI, ayant examiné à juste titre uniquement les pièces déposées en procédure administrative en les comparant à la situation médicale prévalant lors du dernier examen du droit à la rente, était parvenu à la conclusion que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Les pièces médicales transmises postérieurement à la décision litigieuse, notamment le rapport du Dr. E_____ du 28 mai 2014 reçu le 18 juin 2014 par l'OAI, ne devaient pas être pris en compte dans le cadre du présent recours contrairement à ce que soutenait le conseil du recourant. 24. Invité à répliquer d'ici au 9 octobre 2014, le recourant a confirmé par courrier recommandé du 24 septembre 2014 qu'en l'état son mandant ne faisait pas usage de son droit à la réplique, ses écritures étant d'ores et déjà particulièrement étayées.![endif]>![if> 25. Sur quoi les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).![endif]>![if> 3. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 4 février 2014 (datée du 1^{er} février 2014). ![endif]>![if> 4. 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). ![endif]>![if> 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 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. 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 (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).>[if> 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).>[if> 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 auquel 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).>[if> 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).>[if> 9. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est celle de savoir si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue entre le 23 août 2012 - date à laquelle l'intimé a statué sur sa première demande - et le 19 mai 2014, date de la décision litigieuse.

11. En l'espèce, il est établi et non contesté que le recourant n'a produit aucun document médical permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, allégué dans sa demande du 1^{er} février 2014, bien que dûment rendu attentif, dans le courrier du 6 février 2014 de l'intimé, aux conséquences d'une telle absence de réponse. L'intéressé n'a d'ailleurs pas davantage réagi, à réception du projet de décision de non entrée en matière qui lui a été adressé le 24 mars 2014, soit après l'échéance du délai de trente jours fixé le 6 février 2014, et que ce n'est qu'après s'être vu notifier la décision litigieuse que son médecin traitant a répondu au questionnaire de l'OAI, document daté du 28 mai 2014 que ce praticien n'a toutefois communiqué à l'intimé que par fax du 17 juin 2014.

Au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, c'est donc à juste titre que l'intimé a rendu la décision litigieuse au vu du dossier dans l'état où il se trouvait à ce moment-là, soit en comparant la nouvelle demande au dossier tels qu'il se présentait au moment où a été rendue la décision précédente, soit le 23 août 2012. Or, il ressortait du dossier de l'intimé, le 19 mai 2014, que les problèmes de dépression invoqués par le recourant étaient déjà connus à l'époque où a été rendue la décision précédente. Et à cet égard, la demande du 1^{er} février 2014 faisait référence à une dépression et vertiges en cours de traitement dès le 5 mai 2011 auprès du Dr E_____ et dès le 6 février 2013 auprès du Dr F_____. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimé, au vu de tels éléments, de ne pas avoir considéré comme plausible l'aggravation de l'état du recourant depuis la dernière décision en force dès l'automne 2012, à cela s'ajoutant encore que l'Hospice général avait indiqué dans les pièces annexes à sa demande de remboursement pour les avances consenties à l'intéressé, que celui-ci avait accompli un stage de réinsertion professionnelle auprès des EPI, la mesure s'étant bien passée, mais qu'il persistait des problèmes de logement qui sont maintenant terminés. Certes, après coup, et seulement dans le cadre de la procédure de recours devant la chambre de céans, le recourant a-t-il produit des documents médicaux émanant de ses deux médecins traitants, mais ceux-ci sont soit postérieurs à la décision entreprise, soit antérieurs, mais produits après le dépôt du recours. A teneur de la jurisprudence susmentionnée, ils n'ont pas à être pris en considération. Contrairement à ce que prétend le recourant, l'art. 61 alinéa 1 lettre c LPGa n'a pas la portée qu'il lui prête : la chambre de céans, à teneur de la jurisprudence citée ci-dessus - qui rappelle notamment que 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 -, n'a donc pas à prendre en compte le rapport médical du docteur Dr E_____ daté du 28 mai 2014, pas plus d'ailleurs que ceux, antérieurs à cette date, voire à la demande de prestations de l'assuré du 1^{er} février 2014, qui n'étaient pas connus de l'intimé au moment où il a rendu la décision entreprise. Dans ce contexte, c'est d'ailleurs à juste titre que l'intimé, à réception du rapport médical du Dr E_____, le 18 juin 2014, a indiqué à l'assuré, dans l'ignorance que l'intéressé avait l'intention de recourir contre la décision du 19 mai 2014, qu'il était prêt à considérer la communication du rapport médical susmentionné comme une nouvelle

demande de prestations, qui prendrait date au 18 juin 2014, si l'assuré lui confirmait dans un délai de trente jours que le courrier du médecin faisait office d'une nouvelle demande de prestations AI de sa part, lui rappelant à cette occasion qu'une nouvelle demande ne pouvait être déposée que par l'assuré. Il appartiendra donc au recourant de saisir l'intimé d'une nouvelle demande, au besoin et s'il s'y croit fondé. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.!

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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