

# GE\_GERICHTE A/18/2016 vom 13. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_18\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_18_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/18/2016 du 13 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/18/2016 del 13 dicembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST 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), ressortissant portugais né en 1956, a séjourné en Suisse de 1982 à 1992 puis dès 1998. Il a exercé diverses activités dans le domaine du bâtiment, la dernière en tant que poseur de marbre pour la société B\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999. Le 25 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il est tombé de sa hauteur sur les fesses lors d'une glissade. Le cas a été pris en charge par la SUVA. Du 24 juin au 16 juillet 2003, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans leur rapport du 5 août 2003, les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants: « thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), lombalgies avec irradiation au membre inférieur droit, arthrose lombaire et interapophysaire postérieure des deux derniers étages (diagnostics secondaires), ainsi que trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (comorbidité) ». Aucun des traitements entrepris n'avait eu d'influence sur le tableau clinique. Les données actuelles du status montraient assez peu de choses sur le plan objectif, notamment sur le plan d'une atteinte radiculaire ou d'un déficit neurologique. Il existait par ailleurs de nombreux signes de non-organicité. Le processus d'invalidation de l'assuré ne pouvait pas être expliqué par le traumatisme initial et les données des examens radiologiques. Le trouble de l'adaptation diagnostiqué n'atteignait pas le seuil de gravité d'une pathologie anxieuse spécifique et ne justifiait pas à lui seul une incapacité de travail prolongée. Le pronostic paraissait très sombre, un processus d'invalidation non influençable et irrémédiable étant en cours. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. L'incapacité de travail était complète jusqu'au 3 août 2003, mais théoriquement nulle dans tous les cas dès le 4 août 2003. En date du 10 décembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. Par décision du 26 mai 2005, confirmée sur opposition le 4 juillet 2005, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré en relevant que celui-ci disposait d'une entière capacité de travail dans son ancienne profession depuis le 4 août 2003. Saisi d'un recours contre la décision de l'OAI, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, l'a partiellement admis par arrêt du 13 décembre 2005 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a en substance retenu que l'OAI se fondait sur le seul rapport de la CRR. Or, les médecins de cette clinique ne s'étaient penchés que sur les diagnostics consécutifs à l'accident et n'avaient pas procédé à une appréciation globale de l'état de santé de l'assuré. Si le médecin

traitant se prononçait sur l'incapacité de travail au regard de toutes les atteintes de l'assuré, ses conclusions n'étaient pas confirmées par d'autres médecins. Il y avait dès lors lieu de procéder à une expertise multidisciplinaire pour évaluer la capacité de travail. ![/endif]>![if>

7. L'OAI a confié l'examen de l'assuré au docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et à la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins du SMR. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 27 avril 2006. Une activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les positions assis/debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de port régulier de charge de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail effectué sur des engins vibrants. Une période de remise en forme de plusieurs mois avant la reprise du travail était de plus nécessaire en raison du

déconditionnement physique du recourant. La capacité de travail dans une activité adaptée était possible dès le 3 août 2003, date à laquelle les experts ont pensé, à tort, que la SUVA avait mis fin à ses prestations (en réalité le 30 novembre 2003).![/endif]>![if> L'expert n'a retenu aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique, ajoutant qu'il était possible que l'état anxio-dépressif mentionné par les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) le 14 mai 2004 dans le cadre d'une précédente procédure, et le trouble de l'adaptation observé par le psychiatre de la CRR se soient amendés spontanément. 8.

Dans son rapport du 3 novembre 2006, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu d'invalidité, il s'est fondé sur le salaire tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2002 (TA1, ligne Total), soit CHF 4'557.- pour 40 heures hebdomadaires. Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2003 et d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures, le revenu annuel était de CHF 57'008.- et de CHF 49'084.- après abattement de 15%. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 75'848.-, il en résultait un degré d'invalidité de 35.3%, arrondi à 35%.![/endif]>![if> 9.

Par décision du 24 janvier 2007, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré en se fondant sur les conclusions de l'examen du SMR et sur le calcul du degré d'invalidité du 3 novembre 2006. Il a précisé qu'une aide au placement pourrait être examinée sur demande motivée de l'assuré.![/endif]>![if> 10. Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a entendu les parties le 10 juillet 2007.

L'assuré a notamment annoncé que les médecins venaient de découvrir qu'il souffrait d'un cancer à l'intestin qui devrait prochainement être opéré.![/endif]>![if> 11. Par arrêt du 4 mars 2008, le TCAS a rejeté le recours de l'assuré. Il a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen des médecins du SMR. Reprenant le calcul d'invalidité en tenant compte d'un abattement statistique de 20% et non de 15%, il a conclu à un degré d'invalidité de 39%, encore insuffisant toutefois pour ouvrir le droit à une rente. Quant au cancer découvert chez l'assuré, il s'agissait d'un fait postérieur à la décision attaquée qui n'avait dès lors pas à être examiné dans le cadre de la procédure ( ATAS/250/2008 ). ![/endif]>![if>

12. Le 18 juillet 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une nouvelle atteinte psychique et une aggravation de son état de santé. Il a joint à sa demande les documents suivants: ![/endif]>![if> - un certificat du 21 avril 2008 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au sein du Service de psychiatrie adulte des HUG, attestant que l'assuré présentait un état dépressif sévère et une incapacité de travail de 100%. Il était suivi par le programme de dépression depuis le 25 mars 2008;![/endif]>![if> - un rapport du docteur J\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, faisant état d'un trouble dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, d'un état de stress post-traumatique chronique et d'attaques de panique dans le contexte d'un état de stress

post-traumatique.![endif]>![if> 13. Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré en niant une aggravation de son état de santé.![endif]>![if> 14. Par arrêt du 5 octobre 2010, le TCAS a partiellement admis le recours et a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a retenu qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne revêtait de pleine valeur probante et qu'il s'était en outre écoulé plus de 10 mois entre l'examen de la Dresse F\_\_\_\_\_ et la décision querellée, intervalle durant lequel les médecins traitants avaient signalé une aggravation de l'état mental de l'assuré avec l'apparition d'un trouble dépressif d'intensité sévère ( ATAS/1006/2010 ).![endif]>![if> 15. L'OAI a confié l'expertise au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Celui-ci a rendu son rapport le 9 mai 2011. Le Dr K\_\_\_\_\_ a ainsi posé les diagnostics de processus d'invalidation très avancé (F 68.0), de dysthymie (F 34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Il s'est rallié aux conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_ sur l'absence d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques, hormis durant les hospitalisations avec une période de récupération post-hospitalière de trois mois chaque fois.![endif]>![if> 16. Par décision du 29 février 2012, l'OAI a refusé le versement d'une rente, le degré d'invalidité de 39% n'y donnant pas droit.![endif]>![if> 17. L'assuré a recouru contre ladite décision.![endif]>![if> 18. Par arrêt du 23 octobre 2012, la chambre de céans, compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, s'est ralliée aux conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail de longue durée et a confirmé le degré d'invalidité tel que calculé par l'OAI, et partant, la décision du 29 février 2012 ( ATAS/1274/2012 ).![endif]>![if> 19. Par arrêt du 4 juin 2013, saisi par un recours en matière de droit public déposé par l'assuré, le Tribunal fédéral a rejeté le recours ( 9C\_980/2012 ).![endif]>![if> 20. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 23 mars 2015, alléguant souffrir d'un trouble psychiatrique, de douleurs dorsales et dans la jambe droite, ainsi que de problèmes d'équilibre.![endif]>![if> 21. Par courrier du 8 avril 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service des spécialités psychiatriques des HUG, a certifié que l'état de santé psychique de l'assuré s'était aggravé de manière considérable. Il précise qu'au cours de l'année 2012, l'état clinique correspondait à un épisode dépressif d'intensité moyenne, qu'en 2013, cet épisode dépressif s'était péjoré, qu'en présence d'une légère amélioration clinique courant 2014, des démarches de réinsertion professionnelle avaient été tentées. Le patient s'est inscrit au chômage en automne 2014, et début 2015, il a effectué un stage de réévaluation des compétences professionnelles auprès de l'entreprise sociale PRO. En début d'année 2015, l'état de santé du patient s'est néanmoins péjoré, « avec un MADRS le 05.03.2015 à 33/60, raison pour laquelle, nous avons essayé une combinaison d'antidépresseur type Mirtazapine/Duloxétine qui s'est soldée par la présence de beaucoup d'effets secondaires, probablement en lien à la Duloxétine.![endif]>![if> En avril 2015, le MADRS reste à 30/60 et nous allons évaluer une nouvelle association pharmacologique. Les limitations fonctionnelles actuelles du point de vue psychiatrique sont un ralentissement psychique et moteur, une diminution de la capacité de concentration, une fatigabilité accrue, une aboulie et anhédonie, ainsi que des tremblements liés très probablement à une anxiété importante. Pour plus de détails, vous pouvez vous référer au rapport de l'atelier PRO ci-joint ». Un stage avait en effet été prévu du 23 février au 20 mars 2015 dans les ateliers de l'entreprise PRO. Dans le rapport établi à l'issue du stage, soit le 11 mars 2015, il a été considéré que l'assuré était éloigné du marché du travail. Il a en effet été observé que « Prévu sur une mesure de 4 semaines, l'assuré n'aura été présent chez PRO que pendant 5 jours. Durant cette période, nous n'avons pu que

constater que l'état de santé de l'assuré était préoccupant. Cela nous a été confirmé par son médecin des HUG qui a établi un arrêt à 100% dès le 5.03.15, date qui marque la fin de la mesure. Nous notons cependant que l'assuré a fait preuve d'une attitude très digne. Si sa productivité a été très faible à cause de ses nombreuses limitations, l'assuré a travaillé avec qualité. Vu les conditions observées, nous en concluons que cet assuré n'est pas en mesure de travailler dans le marché économique, ni même actuellement dans un atelier protégé. Aussi PRO préconise qu'un soutien (médical, institutionnel et social) puisse être mis en place pour permettre à l'assuré d'améliorer sa situation ». 22. Par décision du 5 juin 2015, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement depuis le 5 mars 2015. 23. Dans une note du 27 août 2015, le médecin de SMR a considéré que le Dr L\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau d'un point de vue psychiatrique. Il formule les mêmes constatations que celles renseignées depuis 2009, retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et de fluctuation de la thymie (variations des scores à l'échelle MADRS). Ces éléments ne diffèrent pas de ceux qu'il notait avant la dernière décision. Enfin, il paraît s'inspirer du rapport établi à l'issue d'un stage d'évaluation chez PRO pour attester une incapacité totale de travail dans l'économie libre, ce qui ne saurait être un élément suffisant pour étayer le diagnostic qu'il retient. L'aggravation n'est ainsi pas rendue plausible. 24. Le 11 septembre 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il refuse d'entrer en matière. 25. Un procès-verbal d'audition a été établi le 7 octobre 2015. L'assuré a apporté une nouvelle attestation du Dr L\_\_\_\_\_, datée du 22 septembre 2015, aux termes de laquelle son état clinique s'était modifié de façon notable depuis juin 2013 sur le plan de l'humeur. La thymie et les symptômes anxieux s'étaient aggravés, de même que les problèmes de sommeil, de l'appétit, et des fonctions cognitives ; il avait davantage d'idées noires, avec occasionnellement la présence d'idées suicidaires. L'épouse de l'assuré a mentionné que la situation se péjorait de jour en jour, son époux se refermant sur lui-même et n'ayant plus de contact avec personne. 26. Le 14 octobre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que « Vous vous étiez plaint de l'apparition de tremblements, qui avaient pu être objectivés à ma consultation dans le courant de l'année 2013 ; ces troubles sont apparus de façon progressive et ont nécessité un avis neurologique. Dans son rapport du 20 septembre 2013, le Dr M\_\_\_\_\_ retient l'existence de ce tremblement, propose des investigations et un traitement, que j'ai introduit dans un premier temps et qui a malheureusement dû être interrompu. Au sujet de ce problème, il faut relever que dans son rapport du 11 mars 2015, l'évaluation PRO de l'office régional de placement (Office cantonal de l'emploi) décrit au chapitre de l'évaluation des aptitudes manuelles la présence de tremblements importants. Par ailleurs je peux constater lors de ma consultation du 13 octobre 2015 que ces tremblements sont, de fait, plus importants comparativement à la période de leur installation (2013). D'un autre côté, j'ai pu constater sur les douze à dix-huit derniers mois l'installation de troubles de l'attention, de concentration d'une tendance à l'aboulie. Ces éléments, au début d'importance variable d'une consultation à l'autre sont maintenant constants. L'étiologie en est de mon point de vue non organique ce pourquoi je n'ai pas jugé utile de procéder à d'autres investigations. Il me paraît indispensable pour la prise en charge de ces troubles de vous orienter vers votre psychiatre traitant, le Dr L\_\_\_\_\_ (HUG), car ils indiquent indiscutablement une aggravation importante de votre maladie psychiatrique ». 27. Le 13 novembre 2015, le médecin du SMR s'est déterminé sur le courrier du Dr J\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2015, et confirmé son précédent avis suivant lequel l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son

état de santé.![endif]>![if> Il a en effet considéré que d'un point de vue somatique, le Dr J\_\_\_\_\_ signale des tremblements apparus en 2013, mais ne donne pas d'informations à ce sujet (pas de status neurologique, pas de résultats d'examens complémentaires ni de compte rendus de consultation spécialisée). Il relève que ce tremor des extrémités était déjà mentionné lors de l'expertise psychiatrique de 2008 et ne constitue dès lors pas un élément nouveau parlant pour une aggravation de l'état de santé. Il note enfin, concernant le volet psychiatrique, que le somaticien renvoie l'assuré vers son psychiatre traitant. 28. Par décision du 19 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant d'entrer en matière.![endif]>![if> 29. L'assuré, représenté par Me Pierre SIEGRIST, a interjeté recours le 5 janvier 2016 contre ladite décision. Il se réfère au rapport du 8 avril 2015 et au courrier du 22 septembre 2015 du Dr L\_\_\_\_\_, ainsi qu'au rapport du 14 octobre 2015 du Dr J\_\_\_\_\_. Il fait état des conclusions du rapport de l'entreprise PRO du 11 mars 2015, et de la décision de l'OCE du 5 juin 2015. Il conclut, principalement, à ce qu'il soit ordonné à l'OAI d'examiner son droit à l'obtention d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à ce qu'il soit dit et prononcé qu'il a droit à une rente entière d'invalidité.![endif]>![if> Il a complété son recours le 8 février 2016 Il a joint à ses écritures un rapport rédigé le 5 février 2016 par le docteur N\_\_\_\_\_, qui remplace le Dr L\_\_\_\_\_. S'agissant de l'expertise réalisée en 2011 par le Dr K\_\_\_\_\_, il dit être « d'accord avec l'expert pour reconnaître des traits de personnalité de type dépendant, qui compliquent l'évaluation subjective de la symptomatologie. Si ces traits ou trouble de la personnalité, il est difficile de caractériser définitivement cette dernière dans un état dépressif ne constituent pas en tant que tels une maladie, il est par contre bien établi dans la littérature qu'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité important pour développer une maladie anxio-dépressive ». De fait, il a constaté au cours de ces trois derniers mois où il a suivi l'assuré, la présence d'un état dépressif d'intensité moyenne, ce qui confirme l'aggravation déjà observée par le Dr L\_\_\_\_\_. Il décrit ainsi notamment : un abaissement de l'humeur permanent, une capacité à ressentir du plaisir restreinte, une fatigabilité marquée, des idées de culpabilité excessives, des idées noires fréquentes et une capacité d'attention souvent dépassée par l'anxiété. Il insiste sur « la possibilité de séparation définitive du couple à court ou moyen-terme qui reste un facteur de risque majeur pour le retour d'un état dépressif sévère », et rappelle « qu'il a été hospitalisé à Belle-Idée du 10 au 29 janvier 2016, en raison de l'aggravation soudaine et sévère de la symptomatologie en réaction en facteur de crise de la séparation souhaitée par l'épouse du recourant ». 30. Dans sa réponse du 4 mars 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il relève que les rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations ne font pas état de problème médical nouveau et n'objectivent pas une aggravation durable de l'état de santé ayant des répercussions sur la capacité de gain. Ils ne se prononcent, ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail résiduelle.![endif]>![if> 31. Dans sa réplique du 11 avril 2016, l'assuré a déclaré persister, expressément et intégralement, dans son recours du 5 janvier 2016, complété le 8 février 2016.![endif]>![if> 32. Dans sa duplique du 6 mai 2016, l'OAI a indiqué qu'il maintenait ses conclusions.![endif]>![if> 33. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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).<sup>2</sup> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce.

3. Le recours a été formé, compte tenu des fériés se déroulant du 18 décembre 2015 au 2 janvier 2016 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).

4. Le recours est par conséquent recevable.

5. Le litige se limite au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré déposée le 23 mars 2015.

6. 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).

7. 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).

8. 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).

9. 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).

10. 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> 9. 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 présentent 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> 10. 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).>[if> 11. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si l'assuré, au moment de la décision litigieuse - soit le 19 novembre 2015 - a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 29 février 2012 - date de la dernière décision niant son droit à des prestations AI, laquelle avait été confirmée par la chambre de céans ( ATAS/1274/2012 ), puis par le Tribunal fédéral ( 9C\_980/2012 ).>[if> 12. Pour rendre cette décision, l'OAI s'était fondé sur l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 9 mai 2011. Ce médecin avait considéré, tout comme la Dresse F\_\_\_\_\_ en avril 2006, que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique.>[if> Aussi l'OAI avait-il repris le degré d'invalidité, tel que calculé par la chambre de céans dans son arrêt du 4 mars 2008, soit 39%, et constaté qu'il impliquait le rejet de la demande. Il importe de relever à cet égard que le 5 octobre 2010, la chambre de céans avait renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique - ce que l'OAI avait exécuté en mandant le Dr K\_\_\_\_\_ -. 13. À l'appui de sa nouvelle demande, l'assuré a produit le rapport du 8 avril 2015 et le courrier du 22 septembre 2015 du Dr L\_\_\_\_\_, le rapport du 14 octobre 2015 du Dr J\_\_\_\_\_, ainsi que celui du Dr N\_\_\_\_\_, puis a fait état des conclusions de l'entreprise PRO du 11 mars 2015 et de la décision de l'OCE du 5 juin 2015.>[if> 14. Il y a à ce stade lieu de rappeler que l'examen auquel doit se livrer la chambre de céans est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit en effet se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond.>[if> 15. Le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était péjoré au début 2015. Il n'apporte cependant aucun élément médical nouveau par rapport à la situation telle qu'elle avait été constatée avant 2012. Le Dr J\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur l'aspect psychiatrique, se contentant d'affirmer que les troubles de l'attention et de la concentration démontrent indiscutablement une aggravation importante de l'état psychiatrique, et de renvoyer l'assuré à l'avis du

psychiatre. S'agissant en revanche des tremblements dont le médecin psychiatre traitant pense qu'ils sont très probablement liés à une anxiété importante, il résulte du rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2015 qu'ils sont apparus en 2013. Ils ont alors fait l'objet d'investigations et d'un traitement qui a dû être interrompu, on ignore pour quelle raison. Le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté, lors de sa consultation du 13 octobre 2015, que ces tremblements étaient, de fait, plus importants, qu'en 2013. Le médecin du SMR relève, dans sa note du 13 novembre 2015, que le Dr J\_\_\_\_\_ ne donne pas d'informations à ce sujet, soit pas de status neurologique, pas de résultats d'examens complémentaires ni de compte rendus de consultation spécialisée. Il n'en reste pas moins que ces tremblements n'existaient pas encore au moment où la décision du 29 février 2012 a été rendue et qu'ils se sont accentués depuis 2013. Ils ont été constatés dans le cadre du stage dans les ateliers PRO et considérés comme très invalidants. Il y a lieu de rappeler à ce stade que les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). Dans ces circonstances, on ne peut qu'admettre l'existence d'une aggravation médicalement attestée susceptible d'influencer le droit aux prestations. Autre est la question de savoir si cette aggravation a effectivement entraîné une modification de ses droits. Il apparaît que l'OAI aurait donc dû entrer en matière et se livrer à des investigations complémentaires lui permettant d'examiner la nouvelle demande au fond. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'OAI afin que ce dernier, après être entré en matière, se détermine sur l'éventuelle incidence de l'aggravation médicalement attestée sur le droit aux prestations de l'assuré. **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.