

# GE\_GERICHTE A/267/2018 vom 23. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_267\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_267_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/267/2018 du 23 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/267/2018 del 23 ottobre 2018

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés 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), né en 1965, a travaillé en tant qu'employé polyvalent dans un hôtel dès le 1<sup>er</sup> février 1988.!

2. Le 10 juillet 2007, l'assuré a subi une intervention de démontage du Nissen par laparoscopie, de confection d'un bypass gastrique et de cholécystectomie. Il a été en incapacité de travail à 100% du 9 juillet 2007 au 6 avril 2008, puis à 50%.!

3. Le 18 juillet 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. !

4. Par rapport du 4 septembre 2009, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré suite à un accident de scooter survenu le 20 janvier 2009. Elle a observé une faiblesse continue du genou gauche et une boiterie. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité. Une expertise neurologique et psychiatrique était préconisée. !

5. Le contrat de travail de l'assuré a été résilié pour le 31 décembre 2009.!

6. L'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) pour réaliser une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique. L'assuré y a séjourné du 11 au 13 janvier 2010 et fait l'objet d'une évaluation dans les ateliers professionnels. Les docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ont rendu leur rapport en date du 8 février 2010. !

Ces médecins ont retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, un état dépressif moyen (F32.10) en rémission, une personnalité à trait immature (F60.8) et une majoration des symptômes (douloureux et fonctionnels) pour des motifs psychologiques (F68.0). Ils ont également mentionné les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après confection d'un bypass gastrique en juillet 2007 et de douleurs dorsales gauches d'origine indéterminée. En synthèse, les experts ont souligné que les limitations alléguées étaient de nature algique et motrice, et que l'assuré présentait un tableau clinique riche en paradoxes. Cependant, aucun élément de leurs observations ne permettait de poser un diagnostic spécifique ostéoarticulaire ou neurologique correspondant au tableau algo-fonctionnel décrit par l'assuré et il était difficile d'admettre l'existence d'une incapacité de travail au long cours liée à la problématique somatique. Si la majoration inconsciente de symptômes chez un assuré de personnalité immature constituait certainement un obstacle majeur au réinvestissement professionnel, elle avait une valeur incapacitante modeste en soi. Ils ont reconnu les taux d'incapacité médicalement attestés, à savoir une incapacité complète depuis janvier 2009 selon les certificats du médecin traitant, jusqu'à l'été 2009.

Dès le mois de juillet ou août 2009, soit trois à quatre mois après l'introduction d'un nouveau traitement pharmacologique par la psychiatre traitant, l'assuré avait retrouvé la capacité d'exercer son ancienne activité, ou toute activité comportant des exigences physiques comparables, à plus de 70%, si ce n'était à plein temps. Les experts ont noté que les conditions-cadres de l'ancienne activité s'étaient modifiées après l'intervention chirurgicale, en raison du changement de propriétaire de l'établissement, avec lequel l'assuré rencontrait des difficultés. Si cet élément avait pu jouer un rôle dans le processus d'invalidation, il sortait clairement du champ médical objectif. 7. Par décision du 9 mars 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet du

## E. 5

kg, ni porter régulièrement des charges de plus de 8 kg. Il devait également éviter le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ainsi que les expositions à des vibrations. D'un point de vue purement ostéoarticulaire, il y avait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'employé polyvalent d'un restaurant depuis le 16 septembre 2014, date de l'IRM lombaire qui avait mis en évidence la hernie discale L3-L4 extra-foraminale gauche importante. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux restrictions requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était complète dès le 16 septembre 2014. Il n'y avait en effet aucune raison biomécanique à attester d'une incapacité de travail contrairement à ce que faisait la Dresse B\_\_\_\_\_ sans vraiment donner de raison à cet égard. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. L'importante hernie discale L3-L4 expliquait bien les douleurs lombaires et du membre inférieur gauche. Mais elle n'expliquait pas la douleur dorsale gauche et basithoracique gauche sous l'omoplate. D'ailleurs, comme signalé lors de l'expertise à la CRR, aucune cause objective n'avait été trouvée à cette douleur malgré de nombreuses investigations médicales, radiologiques et neurologiques. Au niveau psychiatrique, l'assuré présentait le même tableau que lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2010 qui avait conclu à une capacité de travail totale à partir du mois d'août 2009. Le rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ comportait une contradiction, puisque le maintien de l'existence d'un épisode dépressif moyen justifiait un pronostic mauvais, alors que la psychiatre traitant avait affirmé que, « par contre », le pronostic était mauvais. En outre, ce diagnostic d'épisode moyen n'avait pas été retrouvé à l'examen de l'examineur, ni au niveau du status, ni au niveau des plaintes de l'assuré, ni au niveau de l'énoncé de la vie quotidienne. Il n'existait aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. 23. Dans un avis du 9 novembre 2015, la docteure R\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a indiqué se rallier à l'examen du SMR. 24. Le 27 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande, le degré d'invalidité étant insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles de reclassement. 25. Le 18 janvier 2016, l'assuré, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés, a contesté la position de l'OAI. Il a soutenu qu'il présentait d'importantes limitations fonctionnelles en raison de ses problèmes de santé. Malgré un traitement médicamenteux quotidien et des infiltrations pendant plus de dix mois, il ressentait encore de vives douleurs en bas de la colonne et au niveau du thorax à gauche, suite à une hernie discale sévère et à des complications post-opératoires en 2007. Il souffrait en outre de douleurs à la jambe gauche avec la sensation que cette jambe était endormie. Il n'avait plus été capable de travailler depuis 2009 et avait ainsi été éloigné du marché du travail depuis plus de six ans en raison de ses problèmes de santé. Ses affections s'aggravaient lentement et le limitaient de plus en plus, le conduisant à une situation de désespoir et de détresse psychologique.

26. Par avis du 25 février 2016, la Dresse R\_\_\_\_\_ a constaté qu'aucune nouvelle pièce médicale n'avait été apportée au dossier, de sorte que son précédent rapport demeurait valide.![endif]>![if>

27. Par décision du 29 février 2016, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré. Il a considéré, conformément aux conclusions du SMR, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle d'employé polyvalent depuis le 16 septembre 2014, soit au début du délai d'attente d'un an. En revanche, il disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le revenu avec invalidité était fixé à CHF 59'517.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2012 TA1, tous secteurs confondus, activité simple et répétitive, montant réactualisé à 2014 et réduit de 10% en raison des limitations fonctionnelles) et le revenu sans invalidité à CHF 66'130.- (en l'absence de données salariales concrètes, l'OAI se référait également aux ESS 2012 TA1, tous secteurs confondus, activité simple et répétitive, montant réactualisé à 2014). Partant, la perte de gain s'élevait à CHF 6'613.- et le degré d'invalidité à 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un reclassement.![endif]>![if>

Cette décision est entrée en force en l'absence de recours. 28. Le 26 janvier 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 22 janvier 2009.![endif]>![if>

29. Le 30 janvier 2017, l'OAI a rappelé à l'intéressé que la décision du 29 février 2016 était devenue définitive, faute d'avoir été contestée dans le délai légal. Il appartenait à l'assuré de produire 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, faute de quoi l'OAI n'entrerait pas en matière sur la demande.![endif]>![if>

30. Le 6 avril 2017, l'OAI a rendu un projet de décision, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, car il n'avait pas pu constater une notable modification de la situation professionnelle ou médicale. ![endif]>![if>

31. En date du 22 mai 2017, l'assuré, par l'intermédiaire d'ASSUAS, a formé opposition et sollicité un délai supplémentaire pour compléter celle-ci. Il a exposé qu'il s'était séparé et avait récemment divorcé, événements majeurs le bouleversant d'autant plus. Son état de santé s'était aggravé et il présentait des atteintes durables qui l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle. Il était dans l'attente des derniers certificats médicaux attestant de son état de santé et permettant d'établir sa réelle capacité de travail.![endif]>![if>

32. Par courrier du 24 mai 2017, l'OAI a prolongé au 26 juin 2017 le délai de l'assuré pour faire part de ses observations.![endif]>![if>

33. Le 1 er juin 2017, l'assuré a demandé à l'OAI de communiquer son dossier au docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.![endif]>![if>

34. Lors d'un entretien téléphonique du 8 juin 2017, l'OAI a fait suite à la demande d'un psychologue délégué du Dr S\_\_\_\_\_ et accordé à ce dernier un délai au 30 septembre 2017 pour établir le rapport médical demandé par l'assuré.![endif]>![if>

35. En date du 26 juin 2017, l'assuré a sollicité la prolongation du délai reporté au 26 juin 2017, précisant qu'il ne pourrait pas produire de rapport avant la fin du mois d'août 2017 en raison des vacances de son nouveau psychiatre.![endif]>![if>

36. Le 27 juin 2017, l'OAI a prolongé au 30 septembre 2017 le délai octroyé à l'assuré.![endif]>![if>

37. Par courrier du 27 octobre 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il n'avait reçu aucun document médical du Dr S\_\_\_\_\_. Étant donné que l'assuré avait mentionné pouvoir produire cette pièce à la fin du mois d'août 2017, il était prié de l'adresser à l'OAI dans un prompt délai.![endif]>![if>

38. Le 1 er novembre 2017, l'assuré a transmis à l'OAI un document établi par le Dr S\_\_\_\_\_ le 21 juillet 2017, qu'il avait reçu le 2 août 2017 et pensait avoir déjà produit.![endif]>![if>

Était jointe une

attestation médicale du Dr S\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2017, dans laquelle le psychiatre a certifié qu'il suivait l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017. L'assuré souffrait d'une dépression sévère et de douleurs chroniques de l'hypocondre gauche. 39. Dans un avis du 21 novembre 2017, le SMR a relevé que le Dr S\_\_\_\_\_ ne livrait aucune description des limitations fonctionnelles et ne signalait aucun traitement médicamenteux. En conclusion, à la lecture de cette nouvelle pièce, il n'y avait pas d'élément médical en faveur d'une plausible aggravation et il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. 40. Par décision du 4 décembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 27 janvier 2017, au motif que le SMR considérait qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux en faveur d'une plausible aggravation et qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. 41. Par acte du 22 janvier 2018, l'assuré, représenté par ASSUAS, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de ladite décision, à ce qu'il soit dit que l'intimé entre en matière sur sa demande, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il a soutenu souffrir d'une dépression sévère, avec une dévalorisation, une anxiété et une angoisse importante, des troubles du sommeil, une baisse de la libido, une diminution de la concentration et des idées suicidaires. En outre, il présentait des troubles spécifiques de la personnalité immature. Cette structure psychique conditionnait son comportement et ses ressources adaptatives. Combiné avec des éléments de vie stressant comme l'immigration, la maladie, le divorce, la perte d'emploi, la séparation avec sa famille et ses enfants, la précarité socio-économique, il présentait une atteinte psychiatrique. Compte tenu de ses atteintes à la santé, il avait été empêché de poursuivre son activité professionnelle habituelle, ainsi que toute activité depuis 2016. Son état de santé et sa situation personnelle s'étaient considérablement modifiés depuis l'arrêt de 2011 et la décision de l'intimé de 2016. En effet, il présentait une dégradation de sa vie familiale qui avait abouti à une séparation, puis un divorce. Il ne voyait plus ses enfants et ses douleurs n'étaient plus soulagées par les médicaments. Sa dépression, qui était jugée moyenne, voire en rémission en 2010 et 2016, s'était aggravée et était qualifiée à présent de sévère par le Dr S\_\_\_\_\_ à la suite d'un constat d'élément objectif dans son rapport du 23 novembre 2017. Enfin, compte tenu du changement de pratique concernant les affections psychosomatiques, l'intimé aurait dû instruire sa demande et ne pas substituer son appréciation subjective à l'état de fait réel. 42. Le recourant a produit un rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2017. Le psychiatre traitant a notamment décrit l'anamnèse, les plaintes du recourant et le status clinique. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère (F32.2) ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que des troubles spécifiques de la personnalité immature sans effet sur ladite capacité. Le pronostic était réservé vu la sévérité et la stabilité de la symptomatologie anxio-dépressive depuis 2007. Dans sa réponse du 21 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé qu'il ne lui appartenait en aucun cas de procéder à une instruction et de recueillir les documents médicaux nécessaire dans le cadre d'une demande de révision, mais qu'il incombait au contraire au recourant, voire à ses médecins, de rendre plausible l'aggravation de son état de santé. En l'absence de documents médicaux objectifs, détaillés et produits par le recourant dans le cadre de sa demande de prestations, il était légitimité à rendre une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. La seule question litigieuse était celle de savoir si l'intimé était en droit, compte tenu des éléments en sa possession, de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Partant, les pièces

médicales produites dans le cadre du recours ne devaient pas être prises en compte dans le cadre du litige. 43. Le 28 mars 2018, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir pris en considération la dépression sévère et les douleurs chroniques de l'hypochondre gauche attestées par le Dr S\_\_\_\_\_ le 21 juillet 2017. S'agissant de l'aggravation de son état de santé, son droit aux prestations avait fait l'objet d'un examen par la chambre de céans dans le cadre de son recours formé contre la décision du 9 mars 2011. La décision de l'intimé de 2016, parce qu'elle se contentait de recueillir l'avis du médecin traitant, ne pouvait se voir reconnaître la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps. Partant, l'aggravation de son état de santé et de sa situation devait faire l'objet d'une comparaison avec la situation qui prévalait en 2011. Le recourant a notamment rappelé les changements dans sa situation familiale et relevé que sa dépression, jugée moyenne ou en rémission en 2010 et en 2016, s'était aggravée et était à présent qualifiée de sévère par le Dr S\_\_\_\_\_. 44. En date du 24 avril 2018, l'intimé a également persisté. 45. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 2 mai 2018. 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<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours du 22 janvier 2018 contre la décision du 4 décembre 2017, notifiée le 7 décembre 2017, est recevable. 4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 26 janvier 2017. 5. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir 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'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit

répondre aux mêmes critères. 6. 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 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque 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. 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 108 consid. 2b). 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 ; ATF 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 et les références). 7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 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. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).!

8. 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 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).!

9. En l'occurrence, se pose donc uniquement la question de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse, soit le 4 décembre 2017, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 29 février 2016, date de la dernière décision par laquelle l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité. Il sera relevé à cet égard que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé ne s'était alors pas limité à recueillir l'avis du médecin traitant puisqu'il a ordonné un examen personnel du recourant au SMR et que les deux examinateurs ont rendu un rapport complet et motivé, basé sur des examens approfondis aux niveaux ostéoarticulaire et psychiatrique. !

Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, il appartenait au recourant de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente. Pour ce faire, il devait transmettre à l'intimé des éléments médicaux permettant de dresser un bilan de son état de santé au jour du dépôt de sa nouvelle demande et de se prononcer sur sa capacité de travail. Il ressort des faits de la cause que l'intimé, par courrier du 30 janvier 2017, a dûment rendu le recourant attentif à son obligation de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 29 février 2016 entrée en force. À cet effet, il lui a imparti un délai suffisant pour produire des documents médicaux, précisant clairement que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. Faute d'avoir reçu la moindre pièce médicale, l'intimé a donc annoncé au recourant le 6 avril 2017 qu'il envisageait de rejeter sa nouvelle demande puisqu'il n'avait pas pu constater une notable modification de la situation professionnelle ou médicale. Par l'intermédiaire d'un mandataire, le recourant s'est opposé à ce projet de décision et a sollicité, par courrier du 22 mai 2017, un délai complémentaire afin d'étayer ses allégations quant à une aggravation de son état de santé. L'intimé a fait suite à cette demande en prolongeant à deux reprises ledit délai, soit une première fois au 26 juin 2017, puis une seconde fois au 30 septembre 2017. Sans nouvelle du recourant, l'intimé lui a imparti un « prompt délai » le 27 octobre 2017 pour produire un rapport de son nouveau psychiatre. Le recourant a alors transmis, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2017, une succincte attestation du Dr S\_\_\_\_\_ datée du 21 juillet 2017. Dans ce document, le psychiatre traitant se contente d'indiquer que le recourant, qu'il suit depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017, souffre d'une dépression sévère et de douleurs chroniques de l'hypocondre gauche. Il ne livre aucune argumentation permettant de justifier le diagnostic de « dépression sévère », lequel ne correspond d'ailleurs pas à un diagnostic précis selon une classification des troubles mentaux. En particulier, le Dr S\_\_\_\_\_ ne passe pas en revue les symptômes majeurs et

mineurs du trouble dépressif, leur éventuelle durée et sévérité. Il n'indique pas non plus si le trouble évoqué entraîne des limitations fonctionnelles, ni ne se prononce sur la capacité de travail. Ainsi, force est de constater que, en dépit des rappels de l'intimé quant aux devoirs du recourant et en dépit du long délai dont ce dernier a bénéficié (près de neuf mois entre le courrier du 30 janvier 2017 et celui du 27 octobre 2017), l'intéressé n'a pas produit de document rendant plausible une modification de son invalidité. Partant, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, ce d'autant plus que sa dernière décision entrée en force avait été rendue moins d'une année auparavant. 10. En ce qui concerne le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2017, produit après la décision litigieuse, il ne saurait être pris en compte puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit 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. Son examen se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il n'appartient donc pas à la chambre de céans d'instruire le cas sur le fond. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, accompagnée des rapports médicaux attestant de l'évolution de son état de santé psychique et somatique depuis le 29 février 2016. 12. La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; cf. aussi art. 89H al. 3 LPA). 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.