

## **GE\_GERICHTE A/4450/2017 vom 22. Oktober 2018**

GE Cour de justice, 2018-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4450\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4450_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4450/2017 du 22 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4450/2017 del 22 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, rue des Gares, 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1965 au Kosovo, d'origine de Serbie et Monténégro, est arrivé en Suisse en 1993. Marié en 1998 il a divorcé en 2004, et s'est remarié la même année avec la mère des deux filles, nées respectivement en 1999 et 2002, dont il est père. Il a acquis la nationalité suisse le 6 juin 2011.![endif]>![if> 2. Après avoir travaillé en tant que ferrailleur pour plusieurs employeurs genevois, il a ouvert sa propre entreprise en raison individuelle, B\_\_\_\_\_ en tant que ferrailleur indépendant, en mars 2007. Il s'occupait de la partie administrative. Cette activité (de gestion), pour laquelle il n'avait jamais été formé, l'a éprouvé, de sorte qu'il a développé depuis 2010, des symptômes d'épuisement tant physiques que psychiques, qui aboutirent à un burnout en 2011. La raison individuelle a été radiée à fin juin 2011. Il a néanmoins poursuivi son activité, avec un associé, sous la forme d'une société à responsabilité limitée.![endif]>![if> 3. Du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 mars 2013, il a été employé en qualité de ferrailleur à 100% par B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'entreprise), dont il était associé gérant. Il était assuré pour la perte de gain maladie par la Zurich assurances (ci-après : l'assureur perte de gain maladie). ![endif]>![if> 4. Dès le 7 mai 2012, il s'est trouvé en arrêt de travail pour fatigue, dépression, état d'anxiété généralisée, selon certificat médical du docteur C\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH (ci-après : le médecin traitant). Un enregistrement du sommeil avait révélé d'importantes apnées du sommeil. ![endif]>![if> 5. Le 27 septembre 2012, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes somatiques et psychiques, suivi pour ces derniers par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.![endif]>![if> 6. Le 22 octobre 2015, au terme d'une longue instruction, très complète, comportant notamment une expertise pluridisciplinaire confiée au CEMed, une enquête économique, et une instruction complétée, sur audition, consécutive à la contestation du projet de refus de prestations, l'OAI a notifié une décision lui niant le droit à une rente et à des mesures professionnelles. La CT était pleine et entière depuis toujours dans toute activité, y compris celle de ferrailleur exercée en dernier lieu. Cette décision a été confirmée sur recours, par arrêt de la chambre de céans du 19 septembre 2016, reprenant dans le détail la chronologie du dossier médical, les avis et conclusions des divers médecins - experts, médecins traitants et SMR - s'étant prononcés tout au long de la procédure. ( ATAS/740/2016 ). Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours fédéral.![endif]>![if> 7. Une nouvelle demande de prestations avait été déposée, entre-temps, le 13 mai 2016.![endif]>![if> 8. Un nouveau rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2016 avait été envoyé à l'OAI. Selon un avis du 12 janvier 2017, le SMR a considéré que les diagnostics mentionnés étaient pour l'essentiel

identiques à ceux déjà mis en avant antérieurement par le psychiatre traitant, et qui avaient été écartés par l'expertise pluridisciplinaire du CEMed. 9. Un projet de refus d'entrer en matière avait donc été envoyé au recourant en date du 16 janvier 2017. En procédure d'audition, le recourant avait fait parvenir un nouveau rapport de son psychiatre traitant, du 2 mars 2017, dont les diagnostics étaient, pour l'essentiel, toujours les mêmes. Une nouvelle décision de refus d'entrer en matière a été notifiée en date du 6 mars 2017, contre laquelle il a recouru, assisté d'un conseil, par acte du 5 avril 2017. Par arrêt du 22 mai 2017 ( ATAS/392/2017 ), la chambre de céans a pris acte du retrait du recours, par courrier du recourant du 11 mai 2017. 10. Entre-temps, le 22 mars 2017, l'OAI avait reçu une nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il mentionnait, dans le questionnaire de demande, au sujet du genre d'atteinte à la santé : situation grave physiquement et psychiatrique (sic !). Les maladies gravement psychiatriques ont commencé le "10/2016". Ses médecins étaient toujours les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Il ajoutait sous la rubrique « remarque complémentaire » : " Cette demande est mise à jour par le Dr (D\_\_\_\_\_). Maladie gravement mal dès 10/2016. Rien à voir avec l'ancienne demande 2012." Dans le courrier d'accompagnement à ce formulaire, il indiquait notamment « Vous avez je pense déjà tous mes documents supplémentaires, je vous envoie donc le formulaire de nouveau, la pièce d'identité et le certificat médical. » 11. Le certificat médical en question, du Dr D\_\_\_\_\_, est daté du 18 janvier 2017 et il a la teneur suivante : « Le médecin soussigné atteste que Monsieur (l'assuré), né le (...), présente une incapacité de travail de 100 % à partir du 1 er avril au 31 octobre 2017. » Par courrier recommandé du 24 mars 2017, l'OAI a accusé réception de cette nouvelle demande, rappelant à l'assuré qu'à l'examen du dossier il ressortait que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision de refus, entrée en force. En application des dispositions légales applicables, mentionnées dans ce courrier, cette nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité s'étaient modifiés de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait ainsi de faire parvenir à l'office 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, à défaut de quoi il ne serait pas entré en matière sur cette nouvelle demande. L'intéressé n'a pas produit de nouveaux documents médicaux dans le délai prescrit. 12. L'OAI a néanmoins soumis le dossier dans son état au SMR lequel, dans un avis du 22 juin 2017, a indiqué que le psychiatre traitant, dans son rapport du 3 mars 2017 signalait une péjoration de l'état de santé avec, selon lui de nouvelles atteintes : dysthymie et syndrome douloureux chronique ; ce même psychiatre parlait déjà de syndrome douloureux somatoforme bien avant, et ce syndrome avait été infirmé par l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 1 er décembre 2014. Le SMR continuait à penser que l'aggravation n'était pas rendue plausible. 13. Un nouveau projet de refus d'entrer en matière sur sa demande du 22 mars 2017, a été adressé au recourant en date du 26 juin 2017. 14. Il ressort d'une note téléphonique du 3 juillet 2017 que le Dr D\_\_\_\_\_ a pris contact avec le gestionnaire du dossier à l'OAI. Il dit ne pas comprendre le refus de l'OAI, être expert pour l'AI ; il veut que ce soit un psychiatre au SMR qui regarde les éléments médicaux qu'il a remis à l'office, car ceux-ci parleront à n'importe quel psychiatre ; ou alors il demande la mise en place d'une expertise car selon lui les éléments qu'il a fournis font état d'une aggravation de l'état de santé. 15. Par deux courriers distincts du 6 juillet 2017, l'assuré s'est à nouveau adressé à l'OAI : - dans le premier, il indique, au sujet du projet

de décision du 26 juin 2017, qu'il est en pleines vacances et qu'il sollicite ainsi un délai supplémentaire jusqu'au 30 septembre 2017 ;! [endif]>! [if> - par le second il demande son dossier complet, depuis 2012, afin de « me mettre en point avec mon médecin traitant ». Dans la mesure du possible, il souhaiterait que ce dossier lui soit transmis par courriel.! [endif]>! [if> 16. L'OAI lui a répondu le 13 juillet 2017 : le délai de 30 jours ne peut pas être prolongé ; toutefois l'office lui accordait un nouveau délai fixé au 31 août 2017 pour lui faire parvenir les éléments médicaux susceptibles de modifier le projet de décision daté du 26 juin 2017. Passé ce délai, l'office notifierait sa décision.! [endif]>! [if> 17. Il ressort d'une note téléphonique du 14 août 2017 que le psychiatre traitant avait à nouveau pris contact avec l'office, répétant tout ce qu'il avait déjà dit au début juillet. Il demandait une prolongation du délai d'audition car il rentrait de vacances et sollicitait un délai pour remettre un rapport médical à l'office.! [endif]>! [if> 18. Par courrier du 13 septembre 2017, l'assuré s'est à nouveau adressé à l'OAI, en ces termes : ".. Je vous envoie les nouveaux éléments médicaux du Dr D\_\_\_\_\_. La seule date dont j'ai été consulté était le 13 mai 2016. Les autres n'ont pas été consultés avec le (Dr D\_\_\_\_\_. Je vous propose de prendre en considération que ma demande du 13 mai 2016. Je vous envoie en annexe le grand rapport du (Dr D\_\_\_\_\_) qui sera je l'espère au point de mon non-capacité...." .! [endif]>! [if> 19. Dans son rapport du 11 septembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ explique que son patient a déposé une première demande AI le 21 octobre 2015, suivi à l'époque par le Dr C\_\_\_\_\_. Une deuxième demande AI, déposée le 13 mai 2016, lorsque le patient s'est adressé à lui avec une demande de suivi psychiatrique. Il est inactif professionnellement depuis le 7 mai 2012. Depuis le début du suivi psychiatrique par lui-même, il constate que l'intéressé présente une dépression chronique de l'humeur. Les épisodes de dépression ne sont pas d'une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Il a présenté toutefois à plusieurs reprises des idées noires. Il présente habituellement des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquelles il se sent bien, mais la plupart du temps et souvent pendant plusieurs mois consécutifs il se sent très fatigué et déprimé. Il évoque une baisse de l'élan vital, manque d'initiative, tristesse. Il rumine et se plaint de tout. Il dort mal et perd confiance en lui-même. Les éléments d'anxiété sont très marqués. Depuis une année environ, le patient manifeste une péjoration de son état psychique. Les symptômes de la lignée dépressive sont très présents, ayant une conduite d'évitement généralisé. Il ne participe plus à aucune forme de vie sociale. Ses contacts avec ses proches, en famille sont "minimisés" à l'indispensable. Son « insight » pauvre, ne lui permet pas d'élaborer et/ou associer son vécu, sur le plan psychologique ainsi que psychiatrique. Pour ces dernières difficultés, il exprime sa souffrance au travers de son corps physique. Pour cette raison, probablement, les symptômes physiques douloureux sont énormément augmentés d'intensité. Les migraines, la fatigue et les crises de panique sont beaucoup plus fréquentes. On assiste à une très importante perte d'intérêt, manque de réactivité émotionnelle, adynamie matinale. Anxiété et crise de panique avec hyperventilation et transpiration. Migraines persistantes résistant au traitement médicamenteux. Syndrome d'apnées du sommeil (ci-après : SAS) confirmé sur le plan diagnostique. Lombalgies cervico-brachialgies ainsi que troubles gastriques chroniques restent toujours la source d'éléments de souffrances physiques et psychiques. Très faible capacité d'introspection sur ses propres états affectifs, ce qui rend superficiel les échanges avec le psychothérapeute. Ces éléments pourraient avoir un impact sur l'interprétation du diagnostic de la part du corps médical et comme conséquence de fausser l'appréciation d'évaluation de la "capacité de travail psychiatrique".

Il estime que globalement son fonctionnement psychique s'est nettement péjoré durant ces derniers douze mois. Pour ces raisons le patient consulte à raison d'une séance chaque deux semaines. L'évaluation du patient avec le questionnaire d'Hamilton pour l'anxiété le 28 août 2017 révèle une anxiété sévère (score total de 54). Les éléments majeurs qui ressortent : sentiment d'effroi interférant avec la vie quotidienne ; les tensions et l'agitation nerveuse ; anxiété phobique dans des situations spécifiques : l'avion, l'ascenseur, l'altitude et même de se retrouver sur un balcon ; la fatigue immense ; l'insomnie. Le patient fait des observations sur son abattement et son sentiment d'impuissance. Douleurs musculaires, vertiges, symptôme cardio-vasculaire, symptômes respiratoires comme la sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine, ainsi que la respiration soupirante ; symptômes gastro-intestinaux comme la difficulté à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, dyspepsie, douleurs abdominales, sensation d'être « rempli ». On assiste également à des symptômes du SNA comme la sécheresse buccale, les rougeurs, les bouffées de transpiration et vertiges. Le questionnaire d'Hamilton pour la dépression : score total de 22, indiquant une dépression moyenne à sévère. " L'anamnèse personnelle et familiale montre un tabagisme actif, un SAS, une notion d'AVC chez son père décédé à l'âge de 85 ans et une sœur plus âgée souffrant d'un diabète de type 2. Le patient présente une hypoacousie bilatérale. Il est traité pour HTA signalée par son médecin trait (sic !)". Les diagnostics avec impact sur l'incapacité de travail psychiatrique : dysthymie (F 34.1) ; anxiété généralisée (F41.1) ; trouble panique (F41.0) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sur le plan de sa capacité travail : incapacité de travail de 100 %.

!endif]>!if> 20. Dans un avis du 28 septembre 2017 le SMR s'est prononcé sur le rapport du psychiatre traitant susmentionné. Les diagnostics retenus par le médecin traitant ne sont pas nouveaux et n'apportent aucun élément nouveau, comme expliqué dans le précédent rapport du SMR du 22 juin 2017.!endif]>!if> 21. Par décision du 5 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière, sur la demande du 22 mars 2017. Une précédente demande de prestations avait été rejetée par décision, entrée en force, du 22 octobre 2015. Par courrier du 24 mars 2017, l'assuré avait été invité à apporter tous les éléments médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé susceptible de changer son droit aux prestations depuis cette décision entrée en force, condition nécessaire à un nouvel examen. En l'espèce, l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Les éléments médicaux apportés à l'appui des objections de l'assuré au projet de décision du 26 juin 2017 avaient été soumis au SMR qui considère qu'ils ne sont pas probants et sont insuffisants pour reprendre l'instruction de la demande.!endif]>!if> 22. Par courrier daté du 1 er novembre 2017, mais acheminé par la poste le 6 novembre 2017 (date du timbre postal), l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut à l'admission du recours et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants ; à ce qu'une expertise pluridisciplinaire et psychiatrique soit ordonnée auprès du CEMed de Nyon, et le cas échéant accepter la demande de prestations pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il avait déposé une première demande de prestations en 2015, rejetée. Étant inactif professionnellement depuis le 7 mai 2012, il avait déposé une deuxième demande de prestations en 2016, s'étant alors adressé au Dr E\_\_\_\_\_ (sic !) pour un suivi psychiatrique. Depuis 2012 il souffre d'importants problèmes psychiques et organiques. Le dernier scanner de la colonne cervicale, en octobre 2017, montre des éléments de diagnostic nouveau, ce qui

justifie selon lui une révision. Dans un certificat médical du 11 septembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ indique que depuis une année environ il manifestait une péjoration de son état psychique (il cite de larges extraits de ce document). Dans un rapport du 30 octobre 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ (dont il cite également de larges extraits) atteste suivre le patient depuis plusieurs années. Il souffre d'importants problèmes psychiques et organiques, et entre autres d'un syndrome douloureux persistant (F45.4). Les douleurs dont il souffre ne sont pas seulement d'origine psychique mais également d'origine organique. Le dernier scanner de la colonne cervicale (du 25 octobre 2017 selon un rapport du centre Imagerie Servette [Dresse F\_\_\_\_\_, radiologue FMH], qui conclut à un état dégénératif C4-C5 et C5-C6 avec rétrécissement foraminaux osseux à ces deux niveaux liés à des ostéophytes dorsaux) montre des éléments de diagnostic nouveaux. Les espaces intervertébraux présentent une ostéochondrose C4-C5 et C5-C6 avec une apposition ostéophytaires ventrale et dorsale,...

Ces nouvelles données montrent aussi une origine organique des douleurs qui augmentent la souffrance du patient. Ces nouvelles données ajoutées aux lombalgies et aux problèmes psychiatriques montrent que son travail comme ferrailleur de chantier n'est pas compatible et exigible. Le recourant estime enfin avoir consenti tous les efforts possibles ou que l'on est en droit d'attendre de lui pour diminuer le dommage et mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Malheureusement cela n'a pas été possible. Tous les médecins traitants qui l'ont suivi ont confirmé ses graves problèmes organiques et psychiques invalidants ne lui permettant d'exercer aucune activité, même adaptée à sa situation. De plus, son âge et l'absence de toute formation professionnelle font que, même s'il était parfaitement en santé, il lui serait difficile de trouver une place de travail. Actuellement son état de santé n'a connu aucune amélioration. L'appréciation des médecins sur l'évolution de sa maladie est claire et ne laisse aucune équivoque. La dégradation de son état de santé, l'impossibilité d'exercer une activité même adaptée à sa situation doivent justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En l'absence d'une expertise psychiatrique répondant aux exigences posées par la jurisprudence, il est impossible de se prononcer sur la capacité de travail que le syndrome douloureux et les autres affections psychiques seraient éventuellement susceptibles d'entraîner chez lui, de sorte que c'est à juste titre qu'il sollicite une telle expertise.

23. L'intimé a répondu au recours par courrier du 6 décembre 2017. Il conclut à son rejet. L'assuré avait déposé une première demande de prestations en date du 27 septembre 2012. À cette époque son médecin traitant (Dr C\_\_\_\_\_ ) attestait déjà d'une capacité de travail de 0 % pour raisons psychiques aussi bien dans son ancienne activité de ferrailleur indépendant que dans toute autre activité. Une expertise pluridisciplinaire avait été organisée auprès du CEMed (rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2014). Dans un rapport du 12 janvier 2015, le SMR s'était rallié aux conclusions médicales de l'expertise, selon lesquelles le recourant disposait d'une pleine CT dans l'activité professionnelle habituelle. Dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr D\_\_\_\_\_ avait rédigé un rapport, en date du 24 juin 2015, attestant d'une incapacité de travail à 100 % pour un trouble anxieux et dépressif moyen. Selon le SMR, ce rapport ne permettait pas de mettre en doute le rapport d'expertise précédemment cité, faute d'apporter de nouveaux éléments objectivement vérifiables. D'où la décision de refus de prestations du 22 octobre 2015, confirmée sur recours par la chambre de céans, par arrêt du 19 septembre 2016, ( ATAS/740/2016 ). Une nouvelle demande de prestations avait été déposée le 13 mai 2016. Un nouveau rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2016 avait été envoyé à l'OAI. Selon un avis du 12 janvier 2017, le SMR considérait que les diagnostics mentionnés étaient pour l'essentiel identiques à ceux déjà antérieurement mis en avant par le psychiatre traitant, et

qui avaient été écartés par l'expertise pluridisciplinaire. Un projet de refus d'entrer en matière avait donc été envoyé au recourant en date du 16 janvier 2017. En procédure d'audition, le recourant avait fait parvenir un nouveau rapport de son psychiatre traitant, du 2 mars 2017, dont les diagnostics étaient toujours les mêmes. Une nouvelle décision de refus d'entrer en matière avait été notifiée en date du 6 mars 2017. Une troisième demande de prestations a été déposée le 22 mars 2017. S'agissant de cette troisième demande, toujours appuyée par le psychiatre traitant, le SMR a constaté que les diagnostics de dysthymie et de syndrome douloureux chronique n'étaient pas susceptibles de rendre plausible une éventuelle dégradation postérieure de l'état de santé dans la mesure où ces diagnostics avaient été déjà infirmés par l'expertise réalisée au CEMed. Un nouveau projet de refus d'entrer en matière avait été envoyé au recourant en date du 26 juin 2017. En procédure d'audition, l'assuré a produit un nouveau rapport de son psychiatre traitant, daté du 11 septembre 2017. Le SMR a estimé dans son avis du 28 septembre 2017 que ce nouveau certificat ne démontrait pas que l'état de santé du recourant se soit vraisemblablement détérioré. 24. Le recourant a répliqué, par un courrier daté du 20 décembre 2017 intitulé «recours» produisant dans sa quasi intégralité l'acte de recours précédemment déposé, précisant uniquement au ch.3 des faits allégués que son épouse s'occupe de lui car il n'est pas capable de s'occuper lui-même. Il ne pouvait pas payer un avocat car il était à l'Hospice général, était vraiment malade et allait aller jusqu'au « Tribunal fédéral ». La chambre de céans pouvait directement prendre contact avec ses médecins traitants : il a encore produit la copie de l'attestation du Dr C\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2017 et d'une attestation sur feuille d'ordonnance du psychiatre traitant du 18 décembre 2017, attestant que le patient se trouvait en incapacité totale de travail (100 %) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 jusqu'au 30 juin 2018. 25. Par courrier du 18 janvier 2018, l'intimé a renoncé à dupliquer, confirmant ses conclusions précédentes. 26. Par courrier spontané du même jour, le recourant a encore produit un rapport médical de son psychiatre traitant du 17 janvier 2018. Selon ce rapport, le Dr D\_\_\_\_\_ indique que le patient présente une aggravation de son état psychique. La thymie est décalée vers le pôle dépressif. D'ailleurs, d'après les derniers entretiens avec le patient, celui-ci a présenté déjà dans le passé plusieurs épisodes dépressifs. Ce nouvel élément permet d'introduire le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Cette dernière nouvelle notion permet de mieux de comprendre le fonctionnement psychique du patient. On constate un épisode dépressif en 2012 et d'autres épisodes en 2015. Le patient, à l'époque, n'a pas bénéficié d'une prise en charge spécialisée. Depuis environ une année, le patient est au bénéfice d'un suivi psychiatrique régulier. Il semblerait qu'une reprise de travail n'est pas du tout envisageable. Il retient les diagnostics, à ce jour, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ; anxiété généralisée (F41) ; trouble panique (F41.0) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Sur le plan de sa capacité de travail : incapacité de travail psychiatrique de 100 %. 27. La chambre de céans a invité l'OAI à se déterminer au sujet de cette nouvelle pièce médicale, et à se prononcer, dans ce contexte, en fonction de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral ( 8C\_841/2016 , 8C\_130/2017 ) modifiant sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. 28. L'OAI s'est déterminé au sujet de ce nouveau document par courrier du 15 février 2018. L'intimé observe et rappelle tout d'abord que le Dr D\_\_\_\_\_ suit le recourant depuis l'été 2012 (cf son courrier du 24 juin 2015) : aux termes de ce dernier courrier, il invoquait déjà les mêmes diagnostics et attestait déjà d'une incapacité de travail de 100 %. Comme déjà souligné, cette appréciation avait été infirmée

par l'expertise organisée auprès du CEMed. De plus, la chambre de céans avait, dans son arrêt du 19 septembre 2016, entré en force, confirmé que l'avis de son médecin traitant, faute d'apporter des éléments objectifs suffisants, ne permettait pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. Force était de constater que le psychiatre traitant n'apporte pas plus d'arguments en 2018 à l'appui de son appréciation. Une hypothétique détérioration notable de l'état de santé n'avait pas du tout été rendue vraisemblable avant la décision litigieuse. Même le courrier du 17 janvier 2018, qui au demeurant n'a pas à être examiné dans la présente procédure - qui se limite à examiner si la décision litigieuse a été rendue à bon droit -, ne permettrait pas, quoi qu'il en soit, de modifier la position de l'intimé, l'OAI rappelant que dans ce contexte, la question des nouveaux indicateurs posés par la nouvelle jurisprudence en cas de troubles psychiques ne se pose pas.!

29. La chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 8 octobre 2018 :! Le recourant a déclaré : " Vous me demandez où j'en suis actuellement. Je ne fais rien. En fait, j'ai beaucoup de volonté mais le problème c'est que je ne sais pas quoi faire. Je n'arrive pas à savoir dans quelles professions je pourrais travailler. J'ai autour de moi de la famille qui pourrait me donner du travail, surtout mon frère, qui est tout prêt à m'employer si je pourrais faire quelque chose. Il m'a d'ailleurs proposé plusieurs fois de m'engager si je pouvais faire quelque chose. Même si c'était pour faire des petites livraisons, mais non ! Je suis convaincu que je ne peux rien faire. D'ailleurs, je ne conduis plus depuis cinq ans environ. C'est ma femme qui conduit toujours. En effet, dans mon état, et avec les médicaments que je prends comme le Temesta, je ne peux pas conduire. J'en prends 1 ou maximum 2 par jour, mais ce n'est pas seulement le Temesta. Je prends en effet pour la nuit du Xanax 0.5, 1 ou 2 comprimés. Si je prends pendant la journée 2 Temesta, je prends 1 Xanax et inversement. Vous me demandez si j'aime le travail et, et je vous réponds « Oh oui ! » : en effet, il y a des matins où je me réveille très fatigué, parce que j'ai rêvé toute la nuit que je travaillais et ça ne m'arrive pas seulement une fois par semaine, mais 2 à 3 fois. C'est la vérité, je vous dis ce qui m'arrive à moi-même. S'agissant de mes thérapies, je suis toujours en traitement : s'agissant de mon médecin-généraliste, le Dr C\_\_\_\_\_, je le vois une fois tous les 2 à 3 mois pour renouveler les ordonnances. Il me prescrit des médicaments, notamment pour le cholestérol. Il me prescrit également de la physiothérapie, car, j'ai oublié de vous dire, depuis une année j'ai un peu mal au dos, soit entre l'épaule et la nuque et d'ailleurs je crois que je vous ai envoyé un rapport de scanner (30 octobre 2017). Sur le plan psychique, je suis toujours suivi par le Dr D\_\_\_\_\_. Normalement, je le vois une fois par mois, mais il arrive que je le voie deux fois dans un même mois, par exemple dans les mois de 31 jours. Une fois par année, il me fait un certificat d'arrêt de travail à 100 %. Pour 2018, j'en ai un qui va jusqu'au 31 décembre 2018. Lorsque je vais le voir, on discute tout le temps ; on discute de savoir ce que l'on peut faire pour ma maladie. Au début, et pendant 3 ans, il a essayé de me forcer à reprendre une activité à 50 %, mais depuis 2014, mais plutôt 2015, il a renoncé. Lorsqu'on se voit, et qu'on discute, il essaie de temps en temps de me changer de médicaments. D'ailleurs, le Dr D\_\_\_\_\_ n'est pas d'accord avec l'expertise du CEMed de 2014. A l'époque, j'étais resté pas plus qu'une demi-heure, avec l'expert-psychiatre. Il est vrai que je ne regardais pas ma montre mais par contre, la différence, c'est que par rapport à cet expert qui m'a vu une fois et rapidement, le Dr D\_\_\_\_\_ me suit depuis 5 ans et plus, puisque j'ai été le consulter depuis 2012. Vous me demandez si j'ai spontanément autre chose à vous dire. Non, je n'ai rien de spécial à vous dire de plus. Je prends note que la cause est gardée à juger, et que je recevrai un arrêt de votre part prochainement. " 30. La

représentante de l'intimé a déclaré qu'elle n'avait rien d'autre à ajouter si ce n'est que l'intimé persiste dans ses conclusions.![endif]>![if> 31. Sur quoi la cause a été 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), 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. 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.![endif]>![if> 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision pertinente.![endif]>![if> 5. a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1).![endif]>![if> b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêts du

Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. c. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification influant sur le droit aux prestations, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2), à savoir, plus précisément, de la dernière décision qui a reposé sur un examen matériel du droit au même type de prestation (notamment d'une rente), avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 3054 ss, not. 3067, 3094 ss). Il ne suffit pas que l'assuré allègue une aggravation de son état de santé ou de sa capacité de gain. Il doit la rendre plausible, c'est-à-dire fournir des indices à l'appui de ce changement, qui convainquent que les faits allégués se sont vraisemblablement produits, mais il ne saurait être exigé de lui qu'il fournisse la preuve de l'aggravation alléguée au degré de la vraisemblance prépondérante exigée de façon générale en matière d'assurances sociales ( ATAS/642/2011 du 20 juin 2011 consid. 3b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 3100). 6. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid.

2.1.2.1).! [endif]>! [if> 7. a. En l'espèce, la dernière décision que l'intimé a rendue sur le droit du recourant à une rente de l'AI ayant comporté un examen matériel dudit droit est celle du 22 octobre 2015, ayant refusé au recourant toute prestation au terme d'une longue instruction (demande du 27 septembre 2012), très complète, comportant notamment une expertise pluridisciplinaire confiée au CEMed (rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2014). Cette décision a été confirmée sur recours, par arrêt de la chambre de céans du 19 septembre 2016.![endif]>! [if> On rappellera à cet égard que la chambre de céans, dans l'arrêt susmentionné, a reconnu au rapport d'expertise du CEMed une pleine valeur probante, écartant de façon motivée toutes les critiques du recourant ( ATAS/740/2016 , notamment sur le contenu de l'expertise ch.24 p. 8-11 ; sur sa valeur probante, consid.15 dès p.22, et sur la valeur probante des rapports des médecins traitants, généraliste [Dr C\_\_\_\_\_] et psychiatre [Dr D\_\_\_\_\_], postérieurs à l'expertise, en particulier le rapport du psychiatre du 24 juin 2015, consid. 15 c et d p. 25 et sv.). Elle a observé que dans le rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2014, les experts sont arrivés aux conclusions suivantes, sur le plan psychique : sur le plan objectif l'évaluation n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique majeure notamment incapacitante. Pas d'humeur dépressive, qui pourtant est signalée par l'expertisé dans ses plaintes. On ne relève ni humeur dépressive stable et installée, ni ralentissement psychomoteur, ni culpabilité pathologique. Mémoire et concentration sont globalement conservées. Pas d'idéations suicidaires. Dans les plaintes subjectives, comme symptômes persistants et désormais chroniques sont cités les troubles du sommeil dont l'origine est mixte, ainsi qu'une importante fatigabilité et perte de motivation. Les critères en vigueur ne sont pas remplis pour pouvoir retenir un diagnostic de trouble dépressif. En ce qui concerne l'anxiété, celle-ci se manifeste principalement sous forme de crises de blocage ou d'oppression respiratoire, d'une fréquence d'environ une à deux fois par semaine, avec ou sans facteurs déclenchants. Sur le plan de la personnalité, l'expertisé se décrit comme une

personne appréciant l'ordre, méticuleux dans toutes les tâches, ce qui fait évoquer des traits de personnalité anankastique. C'est le contexte professionnel qui a été la source première de la majoration de sa symptomatologie psychique. En l'absence de plaintes douloureuses, il n'y a pas de diagnostic de troubles somatoformes douloureux à retenir, par contre on retiendra ceux de trouble panique et de traits de personnalité anankastique. En conclusion, les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une densité et fréquence suffisantes, la capacité de travail est complète en temps et rendement. L'expert mentionne une perte de confiance en lui depuis sa perte de contact avec le milieu professionnel : on peut suggérer un coaching pour l'aider à la réinsertion professionnelle (ch.24 p. 11 ATAS cité). S'agissant du plan somatique, il était constaté que les experts ont procédé à des examens radiologiques complémentaires, notamment au vu des plaintes de l'expert et par rapport à la détermination de la CT dans l'activité habituelle de ferrailleur. Les experts ont observé que la radiographie de la colonne lombaire face/profil était sans particularité. Le dossier ne comportait aucun document radiologique. Toutefois un compte-rendu d'une radiographie de la colonne cervicale du 5 juin 2012 allait dans le sens de la normalité, vu l'âge du sujet. Au vu de l'évolution favorable et de l'absence de plainte sérieuse exprimée à ce jour, les experts n'avaient pas poursuivi leurs investigations. En revanche, la recherche d'une exigibilité pour la profession de ferrailleur justifiait au moins une imagerie de la colonne lombaire, celle-ci s'étant révélée normale (ATAS cité, ad 24 p.10).

b. La nouvelle demande de prestations du recourant, du 22 mars 2017, tend à l'octroi d'une rente d'invalidité, à l'instar de celle qu'il avait présentée le 27 septembre 2012, au surplus pour des motifs de façon prépondérante similaires à celle qu'il avait présentée le 13 mai 2016, ayant abouti à une décision de non-entrée en matière du 6 mars 2007. Il incombe donc bien au recourant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et/ou de sa capacité de gain depuis octobre 2015 pour que l'intimé soit tenu d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. En examinant les documents successifs produits par l'assuré à l'appui de ses nouvelles demandes de prestations (rapports du Dr D \_\_\_\_\_ des 19 décembre 2016 et 2 mars 2017), la chambre de céans relève qu'il ne suffit en tout état pas d'avoir ajouté un nouveau diagnostic (en l'espèce celui d'alexithymie, dont la signification est énoncée dans le rapport du 19 décembre 2016, mais nullement rapprochée de la situation particulière du patient) à ceux, préexistants, et ayant tous été écartés par les experts du CEMed (anxiété généralisée, trouble panique, TSD); ce diagnostic a d'ailleurs été abandonné dans le rapport suivant du Dr D \_\_\_\_\_ du 2 mars 2017, remplacé par celui de dysthymie - non discuté non plus - pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Aucun de ces deux rapports ne permet en effet de voir en quoi l'état de santé du patient se serait aggravé depuis la dernière décision entrée en force, et notamment en quoi les diagnostics écartés à l'époque par les experts du CEMed seraient justifiables, quelques semaines sinon mois après que la chambre de céans les avait écartés. En somme, le psychiatre traitant a tenté de justifier une aggravation en présentant en réalité une même situation, mais d'une autre manière, sans pour autant apporter la moindre plausibilité. Comme le relevait déjà la chambre de céans dans son arrêt de septembre 2016, l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ avait beaucoup fluctué, et il s'était en définitive prononcé pour une incapacité de travail totale, sans expliquer de façon convaincante l'aggravation alléguée de l'état de santé psychique de son patient après l'amélioration qu'il avait constatée en 2013, corroborant l'avis du premier expert psychiatre, le Dr G \_\_\_\_\_, du début 2013 (ATAS cité p.25). La chambre de céans avait d'ailleurs observé qu'aucun des médecins traitants, dans les documents médicaux établis après l'expertise de décembre 2014, ne se prononçait à son sujet, ni ne faisait état d'éléments objectivement vérifiables,

qui auraient pu avoir été ignorés dans le cadre de l'expertise, et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. En pratique, les médecins traitants, et le Dr D\_\_\_\_\_ en particulier, ont toujours décrit la même situation de leur patient, depuis l'été 2013, époque où il avait été déclaré inapte au placement par l'administration du chômage. Dès ce moment-là, ils ont toujours considéré leur patient comme incapable de travailler à 100 %, et ils n'ont plus varié depuis lors ; ceci sans pour autant justifier leur position par rapport à la situation qui prévalait au moment du premier refus fondé sur un examen complet du dossier, en 2015, respectivement en septembre 2016 (arrêt de la chambre de céans). Il n'en va pas différemment du rapport du 11 septembre 2017. Le Dr D\_\_\_\_\_ y présente toutefois la chronologie et l'origine de son intervention d'une manière biaisée : il situe la demande de suivi psychiatrique du patient auprès de lui à l'époque de sa deuxième demande de prestations (13/05/2016), alors qu'il est déjà mentionné dans la demande de prestations du 27 septembre 2012, que le premier rapport médical émanant de lui, versé au dossier, date du 18 janvier 2013, et dans lequel il indique suivre le patient depuis le 26 juin 2012 (en cours). Il explique ensuite que « depuis le début d'un suivi psychiatrique auprès de mes soins, je constate que (le patient) présente une dépression chronique de l'humeur. Les épisodes de dépression ne sont pas d'une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger moyen. (Le patient) a présenté toutefois à plusieurs reprises des idées noires. ». S'agissant de l'évolution de l'état de santé et de la description de la situation actuelle (au moment de l'établissement de son rapport), il allègue que « depuis une année environ, le patient est en train de manifester une péjoration de son état psychique. Les symptômes de la ligné (sic !) dépressive sont très présentent (sic !), le patient ayant une conduite d'évitement généralisée ». On ne peut guère voir dans cette description (en fonction de ses rapports médicaux antérieurs, et notamment ceux précédant l'expertise de 2014) qu'un état, au mieux stationnaire, mais en tout cas pas aggravé de façon plausible. Du reste les éléments anamnestiques retenus par le psychiatre traitant dans ce document sont totalement incompréhensibles, tenant sur trois lignes, mélangeant ce qui paraît affecter le patient (tabagisme actif, SAS), et l'évocation, dans la même phrase, d'une notion d'AVC chez son père décédé à l'âge de 85 ans, et une sœur plus âgée souffrant d'un diabète de type 2 ! Le psychiatre traitant ne justifie pas davantage que précédemment l'incapacité de travail de 100 %. C'est donc à juste titre que le SMR, qui a régulièrement pris position par rapport aux rapports successifs du psychiatre traitant et du généraliste, a considéré que l'aggravation alléguée n'avait pas été rendue plausible. Quant au rapport complémentaire du 17 janvier 2018 du Dr D\_\_\_\_\_, outre le fait qu'il est postérieur à la décision entreprise, il n'apporte rien de plus que les précédents. c. Quant aux diagnostics somatiques, certes le recourant a-t-il produit, à l'appui de son recours, soit postérieurement à la décision entreprise, le rapport de son généraliste traitant, le Dr C\_\_\_\_\_, du 30 octobre 2017 : ce médecin rappelle suivre le patient depuis treize ans ; il se réfère aux diagnostics retenus parmi d'autres par le psychiatre traitant de TSD, rappelant ainsi que le patient souffre d'importants problèmes psychiques et organiques, mais apportant un élément nouveau : il produit en effet le rapport d'un scanner cervical pratiqué le 25 octobre 2017, postérieurement aussi à la décision dont est recours, et qui conclut à l'existence d'un état dégénératif C4-C5 et C5-C6 avec rétrécissement foraminaux osseux, à ces deux niveaux, lié à des ostéophytes dorsaux. Le Dr C\_\_\_\_\_ conclut que ces nouvelles données montrent aussi une origine organique des douleurs qui augmentent la souffrance du patient. Selon lui, ces nouveaux éléments, ajoutés aux lombalgies et aux problèmes psychiatriques, montrent que le travail comme ferrailleur de chantier n'est pas compatible ni exigible. Ceci dit, le médecin généraliste se borne à

considérer que cette nouvelle atteinte à la santé associée à celles préexistantes, sur les plans psychique et somatique (lombalgies), déjà totalement invalidantes selon lui, montre que l'activité de ferrailleur de chantier n'est pas compatible ni exigible. Il ne se prononce en revanche pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la compatibilité avec une activité adaptée, le cas échéant. Quoi qu'il en soit, force est de constater que cette atteinte est bien nouvelle, dès lors qu'elle n'existait pas, à l'époque de l'expertise du CEMed à fin 2014 : à l'époque, les examens complémentaires radiologiques ne montraient pas d'anomalies de cet ordre, raison pour laquelle les experts avaient, sur le plan somatique, écarté tous diagnostics incapacitants. En revanche, cette atteinte est postérieure à la décision entreprise, puisqu'elle a été mise en évidence après coup, quelques jours avant le dépôt du recours. Du reste, lors de son audition par la chambre de céans en octobre 2018, soit une année après la découverte de cette atteinte, (scanner cervical du 25 octobre 2017), le recourant a indiqué à la chambre de céans : «Il (le Dr C\_\_\_\_\_) me prescrit également de la physiothérapie, car, j'ai oublié de vous dire, depuis une année j'ai un peu mal au dos, soit entre l'épaule et la nuque et d'ailleurs je crois que je vous ai envoyé un rapport de scanner (30 octobre 2017). ». À ce stade, on ne peut que remarquer que cette nouvelle atteinte semblait en tout cas asymptomatique au moment où la décision entreprise a été rendue, et en tout état, était inconnue de l'intimé au moment où il a rendu sa décision. Selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales, saisi d'un recours contre une décision de refus d'entrer en matière, doit statuer en fonction de l'état du dossier au moment où la décision querellée a été rendue. On ne saurait donc prendre en considération cet élément nouveau. De même, on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de cet élément nouveau, lorsqu'il a nié le caractère plausible d'une aggravation de l'état de santé du recourant. d. En conclusion, faute d'indice d'une aggravation vraisemblable suffisamment significative de l'état de santé et/ou de la capacité de gain du recourant depuis le 22 octobre 2015, l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de rente que l'assuré a présentée le 22 mars 2017.

8. Le présent recours sera donc rejeté. [endif]> [if> 9. Dans la mesure toutefois où le recourant a produit à l'appui de son recours du début novembre 2017 un document médical laissant supposer une nouvelle atteinte à la santé, objectivée par un examen radiologique, il appartiendra à l'OAI d'examiner cet aspect, et de le traiter sous l'angle d'une nouvelle demande de prestations, prenant date au début novembre 2017. [endif]> [if> 10. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> 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.-. [endif]> [if> 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.