

## **GE\_GERICHTE A/815/2019 vom 25. September 2019**

GE Cour de justice, 2019-09-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_815\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_815_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/815/2019 du 25 septembre 2019

IT: GE\_GERICHTE A/815/2019 del 25 settembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1964, marié et père de trois enfants majeurs, a été employé en qualité d'aide de cuisine jusqu'au 23 juin 2011, date à laquelle il a été licencié avec effet immédiat, à la suite d'une altercation avec un supérieur. 2. L'assuré a annoncé à Generali Assurances Générales SA, assureur-accidents et perte de gain maladie de son ex-employeur que, le 16 juin 2011, il était « tombé dans la cuisine sur son genou gauche ». Dès cette date, il s'est vu prescrire divers certificats d'arrêt de travail, notamment par les docteurs B\_\_\_\_\_, de la clinique médicale de Versoix, et C\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Generali Assurances Générales SA a pris en charge le cas en tant qu'assureur-accidents jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2011, considérant qu'au-delà de cette date, l'état de santé de l'assuré résultait d'une maladie (cf. transaction du 13 décembre 2013). 3. Le 19 avril 2013, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a invoqué « [un] accident sur le lieu de travail coude + genou ; maladie dépression ». Il a précisé être suivi par les docteurs D\_\_\_\_\_, médecin généraliste, E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, ainsi que par Madame F\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute. 4. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit : a. Le 13 mai 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère (F32.2). Il a également fait état d'une tendinopathie du poignet droit. Il suivait l'assuré depuis le 12 mars 2013, lequel disait avoir été victime de harcèlement au travail et de maltraitance. Déplorant une tristesse, une aboulie, une anhédonie, une asthénie, une anxiété et des troubles du sommeil, l'assuré ne se sentait plus capable de travailler. Le Dr E\_\_\_\_\_ jugeait sa capacité de travail nulle, dans toute profession. Moyennant un suivi psychiatrique et un traitement, on pouvait s'attendre à ce qu'il récupère une capacité de travail de 50%, à une date indéterminée ; b. Les 25 mars et 3 novembre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état non seulement d'un épisode dépressif sévère, mais également de cervico-omalgies du côté gauche et d'un status après opération d'une ténosynovite chronique de la première coulisse du poignet droit. L'état de santé demeurait stable et la capacité de travail nulle. Les limitations psychiques retenues étaient une diminution de l'endurance, de la concentration, une impulsivité et une paranoïa. La poursuite d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique était préconisée ; c. Le 23 décembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif majeur, de status post cure d'une ténosynovite chronique du poignet droit, ainsi que de cervicobrachialgies et lombosciatalgies du côté droit. Depuis 2012, l'assuré souffrait de douleurs et d'une incapacité fonctionnelle du poignet droit. Un traitement par corticoïdes

et anti-inflammatoires avait permis de faire régresser partiellement ses douleurs. En avril 2013, il avait été opéré du poignet. Par ailleurs, il bénéficiait d'un traitement médicamenteux et psychiatrique, en raison de son épisode dépressif majeur. Actuellement, aucune amélioration n'était constatée et compte tenu de ses cervico-brachialgies, lombo-sciatalgies, de ses douleurs du poignet et de son épisode dépressif majeur, sa capacité de travail restait nulle. 5.

Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré le 11 novembre 2015. Les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : lombosciatalgies droite et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernie discale L4-L5 (M 54) ; syndrome rotulien bilatéral dans le cadre de discrets troubles dégénératifs du genou droit et d'un status après contusion des deux genoux (M 17) ; fibromyalgie (M 79.0) ; trouble mixte de la personnalité, avec des traits impulsifs et paranoïaques, en décompensation subaiguë (F 61). Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en rémission complète (F 32.2 - diagnostic anamnestique), un status après contusion du coude droit et un status après cure chirurgicale d'une ténosynovite de Quervain du côté droit. Au plan rhumatologique, l'assuré présentait des troubles statiques légers à modérés du rachis, qui se traduisaient par une mobilité lombaire et cervicale diminuée. L'accroupissement, limité, engendrait des douleurs lombaires et cervicales. Par ailleurs, l'assuré souffrait d'un syndrome rotulien bilatéral et la palpation de 17 points de fibromyalgie sur 18 était douloureuse, ce qui permettait de diagnostiquer une fibromyalgie selon les anciens critères topiques (tandis que les nouveaux critères plaidaient contre un tel diagnostic). Pour le reste, les examens radiologiques témoignaient, eux aussi, de troubles statiques et dégénératifs du rachis, en particulier d'une hernie discale L4-L5 du côté droit. Les diagnostics retenus engendraient des limitations fonctionnelles, incompatibles avec la profession antérieure d'aide de cuisine. Au plan psychiatrique, l'assuré était suivi depuis 2013 par le Dr E\_\_\_\_\_, lequel avait attesté d'une totale incapacité de travail, mais précisé, dans un rapport de mai 2013, que l'on pouvait s'attendre à une reprise du travail à 50%. Au jour de l'examen, la symptomatologie anxiodépressive réactionnelle objectivée par le Dr E\_\_\_\_\_ était en rémission complète et ne limitait plus la capacité de travail. En effet, si l'assuré manifestait une agressivité, une nervosité, une légère agitation psychomotrice, des difficultés relationnelles, une méfiance, une tendance à la rancune, une impulsivité et un manque de contrôle de soi, l'entretien n'avait pas mis en évidence de signes dépressifs. En revanche, l'assuré présentait un trouble mixte de la personnalité en décompensation, avec des traits impulsifs et paranoïaques, ce qui réduisait sa capacité de travail. Jusqu'en 2013, ce trouble n'avait pas eu d'effet sur sa capacité de travail, mais depuis des années, l'assuré présentait des difficultés relationnelles, une importante impulsivité, un manque de contrôle de soi, un sentiment de persécution et une tendance à la rancune. À la suite d'un accident et d'un licenciement vécu comme abusif, son état de santé s'était progressivement péjoré et avait nécessité une prise en charge psychiatrique en juillet 2011, avant de s'aggraver nettement en mars 2013. Le trouble mixte de la personnalité, actuellement en décompensation subaiguë, expliquait les limitations psychiques (fragilité psychologique, irritabilité, impulsivité, difficultés relationnelles, manque de contrôle de soi, méfiance, sentiment de persécution, diminutions des facultés d'adaptation au changement). Les ressources disponibles de l'assuré étaient diminuées, car sa vie sociale était relativement

pauvre et empreinte de difficultés relationnelles, notamment avec son entourage. Fruste, impulsif et gérant mal ses émotions, l'assuré avait beaucoup de difficultés à s'exprimer en français et son intelligence paraissait se situer dans les limites inférieures de la norme. En définitive, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alterner les positions assise et debout deux fois par heure, éviter le port de charges supérieures à 5 kg, les vibrations, les travaux en porte-à-faux, les genuflexions répétées et le franchissement d'escaliers ou d'échelles), sa capacité de travail était évaluée à 100% depuis le 16 juin 2011, 0% depuis le 12 mars 2013, et 50% depuis le 18 novembre 2015, date de l'examen bidisciplinaire. 6. Par décision du 12 septembre 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 31 janvier 2016, et lui a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Selon le SMR, l'assuré avait présenté, dès le 16 juin 2011, une totale incapacité de travail dans sa profession habituelle. Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, six mois après le dépôt de sa demande, il était totalement incapable de travailler, ce qui lui ouvrait droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, dès le 18 novembre 2015, il avait recouvré une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée à ses limitations, ce dont il résultait un degré d'invalidité de 37%, justifiant la suppression de la rente. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas propres à réduire son dommage. 7. Le 20 janvier 2017, l'assuré a invité l'OAI à lui transmettre la décision définitive d'octroi de rente, qu'il disait n'avoir pas reçue. Depuis le préavis de décision, son état s'était notablement dégradé et son médecin avait besoin de la décision pour recourir et faire valoir de nouveaux éléments. 8. Le 13 mars 2018, l'Assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale a transmis à l'assuré une nouvelle décision, « remplaçant [la] décision du 12 septembre 2016 » et dont la teneur était identique à celle du 12 septembre 2016. 9. L'assuré n'a pas interjeté de recours contre la décision du 13 mars 2018. 10. Le 27 novembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, dans laquelle il a invoqué les atteintes suivantes : « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.11) ; état de stress post-traumatique (F 43.1) ; troubles hyperkinétiques (F90) ; le 15 décembre 2017 (depuis des années) : lombosciatalgie droite, en péjoration actuellement ». Il a précisé être suivi par le Dr D\_\_\_\_\_ et, depuis le 15 décembre 2017, par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il n'a pas annexé de rapport à sa nouvelle demande. 11. Par courrier du 29 novembre 2018, l'OAI a invité l'assuré à lui transmettre, dans les trente jours, tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, notamment un rapport médical circonstancié. Faute de réponse dans le délai imparti, l'OAI refuserait d'entrer en matière sur la nouvelle demande. 12. Le 21 décembre 2018, l'OAI a reçu un formulaire intitulé « informations complémentaires à la demande de prestations AI », dans lequel il était indiqué que l'assuré était assisté par l'Hospice général depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015. Aucun rapport médical n'y était joint. 13. Par décision du 15 février 2019, confirmant un préavis du 9 janvier 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 13 mars 2018, entrée en force. 14. Le 27 février 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) un courrier, dont la teneur était la suivante : « Je me réfère au courrier de l'assurance-invalidité du 15 février 2019 concernant [l'assuré] et m'oppose à leur décision de refus d'entrer en matière. Ces derniers temps, il y a une aggravation de l'état psychique du patient. Il présente une évolution défavorable, avec une péjoration progressive de sa symptomatologie dépressive et anxieuse invalidante. Le pronostic est réservé. Il n'a pas

assez de ressources ni d'introspection. [...] À noter que je le suis depuis le 15 décembre 2017 pour une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée. Il se sent étouffé, impatient, nerveux et colérique. Il s'énerve vite, crie et hurle. Par la suite, il se met à pleurer. Il souffre de difficultés d'attention et de concentration et n'arrive pas correctement à effectuer les tâches habituelles. Il a une hyperactivité cérébrale ; en effet, il réfléchit sans cesse et cela provoque une grande fatigue mentale. Selon ses dires, il est agité, imprudent et maladroit depuis son enfance. Il bouge beaucoup et tapote ses doigts, tape des pieds et remue les extrémités. De plus, il est souvent distrait par l'activité ou le bruit autour de lui. [...] Il a tendance à être trop bavard et à finir mes phrases avant que je ne les termine moi-même. [...] Les tests psychométriques, l'anamnèse et l'observation clinique sont en faveur [d'un] diagnostic de déficit de l'attention et hyperactivité. Il relate qu'étant kurde et de gauche, il a beaucoup souffert tout au long de sa vie, traversant plusieurs événements traumatiques en Turquie. Il évoque une perturbation psychique avec une réactivation émotionnelle, surtout la tristesse, d'importantes peurs et angoisses et des flash-backs, en lien avec les réviviscences des événements traumatiques en Turquie. Il exprime sa tristesse, sa déception et ses soucis concernant la situation politique et la crise économique actuelle en Turquie. Il a un discours circonstancié sur ces sujets, ce qui est en faveur d'un diagnostic de syndrome post-traumatique. [...] Il a des difficultés relationnelles et s'énerve vite en disant qu'il n'a personne sur qui il peut compter. Il pense que sa vie n'a pas de sens. Il est sensible et fragile et ne supporte plus les gens, les bruits et la foule. Il a fait des tentatives de suicide par des médicaments. Il a tendance à être méfiant, interprétatif et rancunier, au point d'être persécuté. Il a parfois peur de devenir agressif et violent envers les gens et de tout casser. Il se sent coupable après un épisode d'agressivité physique et verbale. Il est également impulsif et imprévisible, avec une intolérance à la frustration. Il se plaint souvent de son voisin, qui parque toujours sa voiture devant la porte de dépôt du restaurant de son fils. Il ne le supporte plus. Il relate que le 1<sup>er</sup> mars 2018, il avait neigé et qu'il a déneigé devant la porte du dépôt du restaurant et que son voisin est arrivé en l'accusant d'avoir donné un coup de pied à sa voiture. Selon ses dires, son voisin l'a attaqué en le poussant par terre. Il dit qu'il est allé chercher un bâton et a tapé sur la tête de son voisin, lequel a eu une plaie dans le cuir chevelu avec des sutures, nécessitant la fermeture de son restaurant du 1<sup>er</sup> au 11 mars 2018. Le patient doit payer une amende de CHF 1'230.- avec trois ans de sursis. Ceux-ci sont en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif. Il se sent fatigué, abattu, désespéré, impuissant et dans une impasse. Il éprouve des sentiments tels que la culpabilité, la honte et l'échec. Il se considère comme un raté et se hait, avec beaucoup de colère et de rage. Il souffre de crises d'angoisse et se sent souvent tendu, étouffé, impatient et sous détresse psychologique. Il se plaint d'une oppression à la poitrine, de palpitations, de souffle coupé et de maux de tête, lesquels le préoccupent beaucoup. Il se sent cafardeux et triste et se met à pleurer. Il n'a pas de libido. Il relate qu'il se fait maltraiter par sa famille et par ses amis et qu'il se sent rejeté par tout le monde. Il n'a plus de place, ni au sein de la famille, ni au sein de la société. Il a des ruminations morbides, une tension interne, une thymie fluctuante et une anxiété importante. Il n'a plus d'espoir en pensant qu'il n'y aura pas d'amélioration de sa situation. Il se plaint de troubles du sommeil, avec difficultés d'endormissement [...] Il présente un sentiment d'injustice, une thymie triste avec des idées noires et suicidaires. Il est vite angoissé et pessimiste, avec des scénarios catastrophes. Ces éléments sont en faveur d'un trouble dépressif récurrent. [...] Diagnostics selon la CIM-10 : - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) - Etat de stress post-traumatique (F 43.1) -

Trouble de la personnalité, émotionnellement labile, type impulsif (F 60.30) - Troubles hyperkinétiques (F90) [...] Son état psychique ne lui permet plus de reprendre une activité professionnelle ni [d'espérer] une éventuelle réadaptation professionnelle. Au vu de ce qui précède, une expertise psychiatrique est nécessaire afin de déterminer l'indication d'une rente de l'assurance-invalidité à 100% ». 15. Le 8 mars 2019, la CJCAS a invité l'assuré à signer son recours jusqu'au 22 mars 2019, sous peine d'irrecevabilité. 16. Le 13 mars 2019, l'assuré a renvoyé à la CJCAS un exemplaire signé du courrier rédigé par le Dr I\_\_\_\_\_ le 27 février 2019, avec lequel il s'est déclaré d'accord. 17. Dans sa réponse du 10 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Suite à la décision du 13 mars 2018, le recourant avait déposé, le 27 novembre 2018, une nouvelle demande, invoquant une péjoration de son état de santé. Un courrier lui avait alors été adressé, l'invitant à transmettre, dans les trente jours, tout document permettant de rendre plausible l'aggravation alléguée. Le recourant n'ayant transmis aucune pièce médicale dans le délai imparti, c'était à bon droit qu'une décision de non entrée en matière avait été rendue, le 15 février 2019. Dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, il incombait à l'assuré de produire des rapports pertinents et le pouvoir d'examen du juge se limitait au point de savoir si les pièces déposées durant la procédure administrative justifiaient la reprise de l'instruction. 18. Par pli du 2 mai 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a informé la CJCAS que l'assuré souffrait toujours d'une humeur dépressive, de crises d'angoisse, d'une fatigue persistante, de ruminations morbides, d'une agitation psychomotrice, d'une impulsivité, d'une intolérance à la frustration, de difficultés à gérer ses émotions et d'idées de persécution. Son état de santé ne lui permettait plus de supporter les exigences d'une activité professionnelle. Le Dr I\_\_\_\_\_ a joint un rapport du 8 juin 2018, dont la teneur était similaire à celui du 27 février 2019. 19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]). 4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, l'objet du litige est déterminé par la décision du 15 février 2019. Il porte uniquement sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 27 novembre 2018. 5. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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). 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 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 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). 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). 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3 ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI). c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 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 a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - 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 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). d. L'exigence relative au caractère plausible 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 lors 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 6. En l'occurrence, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le 13 mars 2018, date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente. D'emblée, on relèvera que la décision du 13 mars 2018 reprenait mot pour mot la teneur d'une précédente décision rendue le 12 septembre 2016, que le recourant disait ne pas avoir reçue. 7. a. Au plan médical, la décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps rendue le 13 mars 2018 est fondée sur le rapport d'examen établi le 18 novembre 2015 par les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Dans ce rapport, les médecins du SMR ont exposé en substance que l'assuré présentait des troubles statiques légers à modérés du rachis, ainsi qu'une hernie discale et une fibromyalgie. Il en découlait des limitations fonctionnelles incompatibles avec son ancienne profession d'aide de cuisine. Sous l'angle psychiatrique, il avait jadis présenté une symptomatologie anxiodépressive sévère, pour laquelle il avait été suivi par un psychiatre, mais celle-ci était désormais en rémission complète et ne limitait plus sa capacité de travail. En revanche, il souffrait toujours d'un trouble mixte de la personnalité décompensé, lequel s'accompagnait de traits impulsifs, respectivement paranoïaques, et engendrait diverses limitations psychiques (fragilité psychologique, irritabilité, impulsivité, difficultés relationnelles, manque de contrôle de soi, méfiance, sentiment de persécution, diminutions des facultés d'adaptation au changement). Les ressources disponibles de l'assuré étaient diminuées et sa vie sociale relativement pauvre. L'assuré présentait également des difficultés relationnelles, notamment avec son entourage. Fruste et impulsif, il gérait mal ses émotions et avait beaucoup de difficultés à s'exprimer en français. Les médecins du SMR ont conclu que, dans une activité adaptée à ses limitations, sa capacité de travail ascendait à 100% depuis le 16 juin 2011, 0% depuis le 12 mars 2013 et 50% depuis le 18 novembre 2015, date de leur examen. b. Le 27 novembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, dans laquelle il s'est limité à désigner le nom de ses médecins et à mentionner quatre diagnostics (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ; état de stress post-traumatique ; troubles hyperkinétiques ; lombosciatalgie droite « en péjoration »). Le 29 novembre 2018, l'OAI l'a invité à transmettre, dans les trente jours, tout document

permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, en l'avertissant qu'à défaut, il refuserait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. L'assuré n'a produit aucun rapport médical dans le délai imparti, de sorte que l'OAI a rendu une décision de non entrée en matière le 15 février 2019. c. Selon la jurisprudence, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a eu un recours - a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Par ailleurs, lorsque l'assuré a eu l'occasion, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, de présenter des pièces médicales pour rendre plausible une modification de la situation, le juge doit apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant l'administration. Le juge n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement, ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 4.2 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.2). d. Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'il appartenait au recourant de rendre plausible - déjà dans le cadre de la procédure entamée devant l'OAI - que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente d'invalidité. Pour ce faire, il devait transmettre à l'administration des rapports se prononçant sur son état de santé et sa capacité de travail, ainsi que sur leur évolution jusqu'au dépôt de sa nouvelle demande. Malgré l'invitation qui lui a été faite en ce sens et le temps qui lui a été laissé à cet effet, le recourant n'a pas transmis à l'administration de pièce médicale propre à rendre plausible une diminution de sa capacité de travail. Ce n'est qu'au stade de la procédure de recours, soit tardivement, que l'intéressé a produit trois rapports du Dr I\_\_\_\_\_, faisant état d'une péjoration de son état de santé psychique et d'une totale incapacité de travail (rapports des 8 juin 2018, 27 février et 2 mai 2019). La chambre de céans ne peut pas prendre en considération ces pièces, étant donné qu'il lui incombe de se prononcer sur la base des documents présentés à l'administration au moment où celle-ci a rendu sa décision de non entrée en matière, conformément à la jurisprudence précitée. Dès lors qu'au stade de la procédure administrative, le recourant n'a pas rendu plausible que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. e. Les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ produits dans le cadre de la procédure de recours doivent être qualifiés de nouvelle demande, qu'il appartiendra à l'intimé d'examiner dans les meilleurs délais ( ATAS/869/2012 du 28 juin 2012 consid. 9b ; ATAS/689/2013 du 28 juin 2013 consid. 7). 8. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 9. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). \*\*\*\*\* 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.