

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2308/2014

ATAS/204/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 mars 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, représenté par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés          recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE          intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1977, a accompli un apprentissage de peintre en carrosserie au Portugal. Il a travaillé à Genève comme serveur puis à partir de 2005 comme nettoyeur.

Il a été mis au bénéfice d'indemnités de chômage à deux reprises depuis novembre 2005. Dans un préavis du 22 décembre 2005, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCE, a relevé que « l'intéressé souffre d'une maladie chronique qui nécessite des traitements et la prise de repos à des horaires très réguliers peu compatibles avec un travail dans la restauration. Une réorientation professionnelle est médicalement justifiée ».

2. L'assuré a déposé le 10 octobre 2008 une première demande de prestations AI auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), alléguant souffrir de diabète depuis 1980, d'épilepsie depuis 1987 avec aggravation depuis 2004 et de dépression depuis 2008.
3. Par courrier du 17 novembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie a indiqué que la dernière crise généralisée d'épilepsie remontait au 23 octobre 2005, et précisé que cet élément ne pouvait donc être considéré comme limitant l'activité professionnelle en général. Une épilepsie représente en revanche une contre-indication à la conduite d'un véhicule notamment dans le cadre professionnel, elle contre-indique également un emploi en situation potentiellement dangereuse pour le patient (toits, échafaudages par ex.). En dehors de ces éléments, le médecin ne retient pas sur le plan strictement neurologique d'éléments limitant la capacité de travail.
4. Dans un rapport du 24 novembre 2008, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine-interne et endocrinologie a confirmé le diagnostic de diabète de type 1 depuis plus de trente ans. Il indique que le diabète est mal équilibré chroniquement avec de nombreuses hypoglycémies difficiles à éviter par le patient quand il travaille avec des rythmes et des horaires irréguliers. Il est ainsi d'avis que l'activité de sommelier/garçon de café est encore exigible, ce à plein temps, mais dans des conditions de travail particulières à savoir avec des horaires réguliers et pas de nuit. Le médecin a ajouté que son patient ne s'était jamais arrêté de travailler même dans des conditions difficiles.
5. Le service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG a informé l'OAI que le patient n'avait consulté que deux fois en 2007 et ne s'était plus présenté depuis le 30 mai 2007.
6. Le 15 janvier 2009, l'OAI a transmis un projet de décision à l'assuré, rejetant sa demande, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité qui pourrait limiter sa capacité de travail et de gain de façon permanente ou durable.

7. Par courrier du 12 février 2009, l'assuré a communiqué à l'OAI les coordonnées de ses médecins-traitants qu'il consultait pour « un suivi plus régulier et rigoureux que je n'avais pas eu auparavant », soit la doctoresse E\_\_\_\_\_, généraliste, la Dresse E\_\_\_\_\_, diabétologue, et la Dresse F\_\_\_\_\_, psychiatre.
8. Par décision du 19 février 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision, constatant qu'il n'avait reçu aucun document établi par l'un ou l'autre de ces médecins-traitants.
9. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 8 octobre 2009.
10. Dans un rapport du 4 novembre 2009 adressé au professeur G\_\_\_\_\_, neuropsychologue, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ du service de neurologie de l'unité d'épileptologie clinique et d'électroencéphalographie du service de neurologie des HUG ont retenu le diagnostic de crises d'épilepsie généralisée tonico-clonique chez un patient connu pour une lésion ischémique pariéto-occipitale gauche depuis l'âge de 10 ans. Ils ont indiqué à titre d'antécédents personnels un diabète de type I depuis l'âge de 3 ans et une brûlure cutanée du pied gauche le 16 octobre 2009 dans le contexte d'une crise d'épilepsie généralisée. Ils expliquent que l'assuré « a été hospitalisé en neurologie à la suite de crises d'épilepsie partielles secondairement généralisées, crises déjà parues à l'âge de 10 ans à la suite d'une lésion ischémique pariéto-occipitale gauche. Pendant au moins cinq ans le patient ne présentera pas de crise soit entre 2004 et 2009 sous un traitement de Dépakine et Lamictal. La situation s'aggrave en mars 2009 avec réapparition de crises jusqu'à une fois par semaine. Un traitement par Keppra est initié, mal toléré, par le patient. Il est réintroduit un traitement de Dépakine 1 gramme deux fois par jour en avril, le patient est hospitalisé en neurologie en octobre, hospitalisation à la suite de laquelle un traitement de Lamictal est ajouté à 25mg deux fois par jour. Sous ce traitement, le patient ne présente plus de crise d'épilepsie généralisée depuis dix jours. Le patient présente par ailleurs des crises partielles qui se présentent sous la forme d'une sensation d'immobilité avec tension dans le corps pendant quelques secondes. Il s'agit en fait de prodrome que le patient décrit juste avant de présenter une crise d'épilepsie généralisée. » Selon les médecins, il est possible que la situation stressante qu'il vit actuellement en raison d'un divorce en cours ait joué un rôle dans la décompensation du fait des phénomènes épileptiques.
11. Le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, consulté par la Dresse E\_\_\_\_\_, a constaté le 8 décembre 2009 que sous la bithérapie (Dépakine et Lamictal), actuellement avec une bonne compliance, l'assuré n'a pas représenté de nouvelle crise comitiale généralisée. L'assuré décrit parfois un discret flash extrêmement bref qui pourrait être éventuellement un début de crise mais ceci n'est pas certain. Aujourd'hui, l'électroencéphalogramme présente une nette amélioration du tracé car on note une nette diminution de la fréquence des pointes ondes dégradées qui prennent d'ailleurs une allure plus généralisée que lors des tracés précédents. Parfois, on note une prédominance des pointes ondes au niveau centro-pariétal gauche. Ces anomalies paroxystiques n'ont aucune traduction clinique. Le Dr

J\_\_\_\_\_ dit avoir finalement rassuré le patient et l'avoir encouragé à poursuivre cette bithérapie qui lui convient bien.

12. Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière, considérant qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.
13. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 25 mars 2014.
14. L'OAI a transmis à l'assuré le 5 mai 2014 un projet de décision, refusant à nouveau d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de faits s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
15. L'assuré a produit une attestation du Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 2 mai 2014, selon laquelle :

« A l'heure actuelle, l'épilepsie est partiellement stabilisée avec la prise de deux fois 100 mg par jour de Lamictal et deux fois 1 gr par jour de Dépakine. Il lui arrive néanmoins régulièrement d'avoir un sentiment de flash dans la tête ou de mal de tête, le plus souvent latéralisé à gauche. Il n'y a pas de perte de connaissance associée. De manière plus globale, son état général se trouve altéré le matin et il est fatigué après la prise de médicaments et il retrouve une certaine vivacité dans l'après-midi. Le patient souhaiterait une activité professionnelle à 50 % sachant que son état général ne lui permet pas d'assumer un travail à 100 % en particulier le matin. L'idéal serait une activité l'après-midi. Il est sommelier de profession et devrait normalement pouvoir assumer un travail à mi-temps. »

En conclusion, le Dr K\_\_\_\_\_ indique que « l'ensemble de ces affections médicales apparaissent justifier une incapacité partielle à 50 % de son activité professionnelle. Sur le plan neurologique, je vais encore revoir ce patient avec un électroencéphalogramme. Les résultats de cet examen ne modifieront cependant pas l'appréciation de la capacité de travail de ce patient. Il faut noter une période difficile en 2009 pour laquelle le patient avait été hospitalisé avec une évaluation épileptologique et indication éventuelle à une chirurgie d'épilepsie, qui finalement avait été récusée au vu d'une amélioration par la suite des crises d'épilepsie. Cette amélioration a été obtenue après l'adjonction de Lamictal à la Dépakine au prix cependant d'une baisse de la vigilance matinale chez ce patient. »

L'assuré a également versé au dossier une attestation de la dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en diabétologie, datée du 13 mars 2014. Elle a posé le diagnostic de diabète de type I depuis 1980 compliqué de rétinopathie proliférative avec traitement au laser, néphropathie diabétique et polyneuropathie débutante des membres inférieurs. Elle indique que « le diabète est insuffisamment contrôlé avec une hémoglobine glyquée à 8,5 % en février 2014. Le patient fait de nombreuses hypoglycémies plusieurs fois par jour, ne les ressentant qu'à partir de 2,5 mmol/l. Ceci explique la variabilité extrême de son diabète avec des pics à plus de 20 mmol/l fréquemment, pouvant être le reflet d'une contre-régulation. Dans ce contexte, j'ai dans un premier temps diminué le traitement de Lantus, puis nous

avons opté ensemble pour un traitement par Tresiba une fois par jour. En effet, cette insuline fait moins d'hypoglycémie et a une moins grande variabilité intra-individuelle que la Lantus. Dans un second temps, le traitement par Apidra sera probablement à adapter également. Le but actuellement est d'éviter le plus possible les hypoglycémies pour que le patient retrouve la capacité à les ressentir à partir de 3,8 mmol/l. ».

16. Invité à se déterminer, le SMR a relevé, dans un avis du 26 juin 2014, que le Dr K\_\_\_\_\_ signalait les mêmes atteintes qu'en 2010, de sorte que les documents produits ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé.
17. Par décision du 30 juin 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 mai 2014.
18. L'assuré a interjeté recours le 6 août 2014 contre ladite décision, alléguant que « mon médecin traitant est d'avis que je ne peux plus exercer d'activité lucrative, alors que les médecins du SMR de l'AI ne m'estiment pas du tout handicapé ». Il sollicite un délai supplémentaire pour compléter son recours par une détermination de son médecin traitant.
19. Dans une attestation "à qui de droit" du 15 septembre 2014, la Dresse E\_\_\_\_\_ a déclaré que « Monsieur A\_\_\_\_\_ doit déposer un rapport médical pour le recours à l'AI, ainsi qu'une demande d'un délai de 15 jours pour déposer le rapport médical complet ».
20. L'assuré quant à lui s'est borné à transmettre à nouveau le 6 octobre 2014, l'attestation du Dr K\_\_\_\_\_ du 2 mai 2014.
21. Dans sa réponse du 13 octobre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.
22. Le 7 novembre 2014, Madame M\_\_\_\_\_, pour l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés – APAS, s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assuré et a produit plusieurs rapports médicaux, soit
  - de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2014, selon laquelle actuellement, le diabète est insuffisamment contrôlé avec hypoglycémie sévère et hyperglycémie qui s'aggrave depuis 2014. Un bilan ophtalmologique est en cours, la pression artérielle a augmenté depuis 4-5 mois.
  - du Dr N\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2014 : le médecin y fait état d'une dégénérescence arthrosique et de la carpo-métacarpienne du cinquième rayon, associées à une importante ostéophytose inter-métacarpienne. Le patient présente des douleurs d'allure mécanique qui le gênent de manière quotidienne, limitant l'utilisation de sa main droite.
  - de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2014 : celle-ci retient le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique, précisant que « les disponibilités d'adaptation sont limitées, l'endurance est basse même dans les

activités quotidiennes bien investies auparavant, raison pour lesquelles mon patient reste en incapacité de travail ».

- de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2014, selon laquelle l'assuré souffre d' « un diabète labile à haut risque d'hypoglycémie, un travail adapté est nécessaire avec notamment des horaires réguliers, la possibilité d'avoir des pauses régulières et la possibilité de manger à horaires réguliers. La conduite de véhicules professionnels et les travaux dangereux sont contre-indiqués, une activité physique soutenue et irrégulière n'est également pas idéale. Péjoration de la fonction rénale depuis une année. La rétinopathie est par contre stabilisée actuellement, mais il présente une possible neuropathie optique avec un bilan en attente. Il présente des hypoglycémies fréquentes de longue date en péjoration notamment ce dernier mois ».

- du Dr K\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2014, lequel indique que « depuis 2009, certaine aggravation de l'affection neurologique de type épilepsie, avec une augmentation de la fréquence des petites maladies (crises partielles) et une fatigue accrue en partie liée à la médication. On peut considérer globalement que l'épilepsie et ses conséquences directes ou indirectes sont aggravées depuis 2009 ».

23. L'assuré a complété son recours le 25 novembre 2014, par l'intermédiaire de son mandataire.

Il souligne que les nouvelles pièces fournies montrent clairement que son état de santé s'est fortement péjoré depuis la décision de refus de l'OAI en 2009. Les diagnostics déjà établis se sont aggravés et de nouvelles atteintes sont apparues, un problème aux mains, une péjoration de la fonction rénale, une possible rétinopathie et un problème psychiatrique.

24. Le 5 janvier 2015, l'OAI a persisté dans ses conclusions, rappelant que les nouvelles pièces médicales produites dans le cadre de la présente procédure ne pouvaient être prises en considération, puisqu'elles ne faisaient pas partie de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment de la décision litigieuse.

25. Les écritures de l'OAI ont été transmises à l'assuré et la cause 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) 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. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Le litige se limite au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 25 mars 2014.
4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011).

5. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).
6. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des

assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, *La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force*, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).
8. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).
9. Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en

---

procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est celle de savoir si l'assuré a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui serait survenue entre le 19 février 2009 - date à laquelle l'OAI a statué sur sa première demande après avoir instruit le dossier - et le 30 juin 2014, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue.
11. En l'espèce, l'assuré a produit deux documents médicaux dans le cadre de la procédure d'opposition. Le premier établi par le Dr K\_\_\_\_\_ le 2 mai 2014, qui confirme que l'épilepsie s'est stabilisée grâce à la bithérapie mise en place par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ en novembre 2009, mais évalue la capacité de travail de l'assuré à 50 %. Le second par la docteure L\_\_\_\_\_ le 13 mars 2014, qui indique que le diabète de type 1 dont souffre l'assuré est compliqué de rétinopathie proliférative avec traitement au laser, de néphropathie diabétique et de polyneuropathie débutante des membres inférieurs. La néphropathie diabétique fait craindre l'évolution vers une insuffisance rénale chronique. La polyneuropathie diabétique est quant à elle définie comme étant une atteinte du système nerveux faisant partie des complications dégénératives dues au diabète.

Au moment où l'OAI a rendu la décision litigieuse, il ne disposait que de ces deux seuls rapports, lesquels ne suffisent en effet pas à rendre plausible l'aggravation de l'état de santé. Son état s'est au contraire amélioré avec la prise de Dépakine et Lamictal. Le taux de capacité de travail de 50% ne représente qu'une différence d'appréciation d'un même état de fait. Enfin il paraît prématuré de considérer que les nouvelles atteintes mentionnées par la dresse L\_\_\_\_\_ puissent en l'état entraîner une incapacité de travail.

C'est en conséquence à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière, étant rappelé que les rapports produits postérieurement à la décision litigieuse ne peuvent être pris en considération. Le juge ne saurait en effet examiner la situation que 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 appartiendra donc à l'assuré de saisir l'OAI d'une nouvelle demande, au besoin et s'il s'y croit fondé.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1<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.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le