

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3032/2018

ATAS/149/2019

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

**Arrêt du 21 février 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1968, d'origine jordanienne, naturalisé suisse en 1997, bénéficie, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006, d'une rente entière d'invalidité. Celle-ci lui a été accordée sur la base, notamment, d'une expertise ayant conclu à un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques et à une personnalité paranoïaque (cf. ATAS/583/2004 du 19 juillet 2004).
2. Le 6 août 2015, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent en indiquant avoir besoin de l'aide d'autrui pour tous les actes de la vie, sans exception, depuis janvier 2003. L'assuré a complété sa demande, le 10 décembre 2015, en alléguant avoir déjà déposé une requête similaire des années plus tôt et rester dans l'attente d'une réponse.
3. Par décision du 16 juin 2016, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) lui a accordé une allocation pour impotent de degré faible à partir du 1er août 2014. Cette décision a été rendue sur la base, notamment, des éléments suivants :
  - un rapport de la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant suivre l'assuré depuis novembre 2015 pour une schizophrénie paranoïde et précisant que son patient ne présentait pas d'infirmité motrice limitant ses mouvements et ses déplacements ; il passait une grande partie de ses journées au lit, sans occupation, sortait une fois par semaine pour faire ses courses ou s'occuper de questions administratives, était très isolé et n'avait que très peu de contacts sociaux en dehors des soignants et du personnel administratif ; sans aide ou incitation, l'assuré ne menait à bien aucune tâche ménagère, mangeait des aliments pré-confectionnés froids, ne faisait pas de lessive, achetait et jetait ses habits au fur et à mesure de leur usure et ne nettoyait pas son appartement ; le médecin préconisait une prise en charge spécifique (médico-infirmière avec intervention d'une aide à domicile) dont il estimait qu'elle pourrait contribuer à améliorer l'état de santé de son patient en contrant sa tendance à l'isolement et au repli ;
  - un courrier de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2016 précisant que l'assuré vivait seul depuis plusieurs années, qu'il souffrait d'un trouble psychotique à teneur persécutoire depuis le début de l'âge adulte, qu'il s'était progressivement isolé et avait fini par vivre retiré dans son appartement ; il passait une partie importante de son temps étendu et ne sortait qu'une fois par semaine pour faire ses courses et répondre aux nécessités administratives et médicales ; pour des raisons inhérentes à sa pathologie, il n'effectuait aucune tâche ménagère, de sorte qu'au fil des années, il avait accumulé dans son appartement une grande quantité de matériel (papier en premier lieu) ; les conditions d'hygiène et d'entretien étaient précaires ; l'assuré était en mesure de vivre seul mais, en raison de sa psychopathologie, aurait besoin de « présences discrètes et fiables qui participent à rendre plus fluides et moins menaçantes les relations avec le monde extérieur et à entretenir son intérieur » ; d'un point de vue pratique, il devait pouvoir bénéficier de repas chauds, d'une aide-ménagère et d'un suivi infirmier ;

- un nouveau courrier du 20 mars 2016, dans lequel la Dresse B\_\_\_\_\_ ajoutait que son patient s'occupait personnellement de ses affaires administratives courantes (factures, paiements, correspondances) et demandait généralement l'aide de professionnels pour rédiger sa déclaration d'impôts (fiduciaire), des courriers administratifs complexes (écrivain public) ou obtenir des conseils juridiques (juriste ou assistant social) ; dès lors, l'intervention d'un curateur ne lui semblait pas indiquée ;
  - un rapport d'enquête ménagère rédigé le 15 mars 2016 par Mesdames C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, infirmières, sur la base des éléments médicaux au dossier et d'un contact téléphonique avec le psychiatre traitant de l'assuré, concluant que ce dernier était totalement autonome pour les actes ordinaires de la vie - consistant à se vêtir, se lever, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer -, car il ne souffrait d'aucune infirmité motrice limitant ses mouvements, sa mobilité ou ses déplacements ; en revanche, l'assuré vivait de manière très isolée, dormait une quinzaine d'heures par jour, ne sortait qu'une fois par semaine, ne cuisinait pas, ne faisait ni son ménage, ni sa lessive, raison pour laquelle les infirmières ont retenu le besoin d'aide pour vivre de manière indépendante, d'un accompagnement pour les activités extérieures et d'une présence régulière pour éviter un risque important d'isolement durable depuis juillet 2013 au moins, date à laquelle le docteur E\_\_\_\_\_ avait déjà décrit une situation similaire : ce médecin avait relaté que l'assuré se lavait tous les deux/trois jours, utilisait pantalon et sous-vêtements durant une semaine, avant de les jeter, ne mangeait que ce qu'il n'avait pas besoin de cuisiner ;
  - un entretien téléphonique du 21 mars 2016, lors duquel le médecin traitant a confirmé l'autonomie de son patient pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne, en précisant qu'il se rendait seul à pied à ses consultations médicales et faisait également ses courses de manière indépendante.
4. Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour de céans l'a rejeté en date du 19 octobre 2017 (ATAS/938/2017), à l'issue d'une instruction au cours de laquelle l'assuré avait notamment produit :
- un certificat établi le 27 avril 2016 par la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, certifiant qu'il souffrait de troubles de santé chroniques (état dépressif, troubles psychotiques, tremblement des mains et des jambes, céphalées de tension), qu'il avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui au quotidien depuis 1997 pour se vêtir (impossibilité de le faire de manière indépendante en raison de sa dépression, de ses troubles psychotiques et d'importants tremblements des quatre membres), manger, faire sa toilette et se déplacer et établir des contacts avec autrui (en raison de la souffrance engendrée par le handicap psychique et physique) ;
  - un bref certificat établi le 26 mai 2016 par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, disant « confirmer le diagnostic de la Dresse F\_\_\_\_\_ » et ajoutant que l'assuré avait besoin d'aide au quotidien, sans plus de détails ;
  - un autre rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2016 concluant à des céphalées de tension, à un trouble de la personnalité et à un état anxio-dépressif, indiquant que, sur le plan

strictement neurologique, il n'y avait pas d'impotence fonctionnelle importante, mais qu'en raison de son anxiété et parfois des tremblements de ses mains, l'assuré pouvait se trouver momentanément en difficultés pour boutonner sa chemise, faire sa toilette ou prendre une douche ; sur le plan strictement neurologique, l'assuré n'avait pas besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les gestes de la vie quotidienne ; cette aide régulière et quotidienne était plutôt motivée par la pathologie psychiatrique de l'intéressé ;

- un bref certificat du docteur H\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du 7 juillet 2016, confirmant le diagnostic de la Dresse F\_\_\_\_\_ et le besoin de l'aide de l'assuré pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie au quotidien (se vêtir, manger, faire sa toilette et le ménage, se déplacer et établir des contacts avec autrui) ;
- un autre certificat rédigé par la Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rédigé dans les mêmes termes que celui du Dr H\_\_\_\_\_ ;
- un certificat établi le 7 septembre 2016 par le docteur I\_\_\_\_\_, attestant qu'il souffrait d'un trouble dépressif et de troubles psychotiques engendrant une grande fatigabilité et une incapacité, sans l'aide d'autrui, à effectuer des gestes simples de la vie quotidienne ; ces troubles entraînaient un syndrome de Diogène et l'état de santé était stable depuis plusieurs années ; l'assuré ne pouvait faire sa toilette quotidienne, son ménage, se faire à manger et se nourrir correctement ; il lui était également très difficile de se vêtir et de se dévêtir seul ; son état de santé psychique lui rendait également quasi impossibles les déplacements et engendrait un isolement social total ; le médecin terminait en émettant l'avis qu'une allocation pour impotent de degré moyen serait totalement justifiée.

Se fondant sur les rapports médicaux versés au dossier, la Cour de céans a constaté l'absence d'impotence fonctionnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie. L'assuré devait être incité à effectuer les gestes de la vie quotidienne - dont les six actes ordinaires - et être assisté pour ne pas s'isoler du monde extérieur, ce qui justifiait la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. L'assuré avait en revanche les facultés physiques pour accomplir les divers actes quotidiens ("se vêtir / se dévêtir", "manger", "soins du corps", "aller aux toilettes", "se déplacer"). Selon les médecins, il était en mesure de vivre seul, mais avait besoin d'une présence discrète et fiable pour "rendre plus fluides et moins menaçantes les relations avec le monde extérieur et entretenir son intérieur". Dès lors, c'était à juste titre que l'OAI avait accordé une allocation pour impotence faible.

Pour le reste, la Cour de céans a considéré que l'assuré avait échoué à démontrer qu'il avait fait valoir ses droits avant le 6 août 2015.

5. Saisie à son tour par l'assuré, notre Haute Cour l'a débouté par arrêt du 20 avril 2018 (9C\_836/2017).

En premier lieu, le Tribunal fédéral a confirmé la valeur probante du rapport d'enquête établi par l'OAI sur la base des informations fournies par le médecin psychiatre, confirmées lors d'un entretien téléphonique. Considérant que ses

conclusions étaient claires, le Tribunal fédéral a estimé que, compte tenu des pathologies psychiatriques dont les conséquences sur les actes ordinaires de la vie et l'accompagnement durable avaient été décrites de manière détaillée, l'administration pouvait se dispenser, dans ces circonstances particulières, d'envoyer un enquêteur au domicile de l'assuré.

Puis, le Tribunal fédéral a constaté, comme la Cour de céans avant lui, que les avis médicaux versés au dossier ne faisaient état d'aucune paralysie de sa volonté qui l'empêcherait d'effectuer les actes ordinaires de la vie. Certes, deux médecins avaient fait état de tremblements des membres et des mains, mais il ressortait de leurs rapports que c'étaient avant tout les troubles psychiques de l'assuré qui l'empêchaient d'accomplir les actes considérés. Or, ces affirmations, au demeurant peu étayées, étaient contredites par les indications du psychiatre traitant. Ce dernier avait ainsi précisé que l'assuré pouvait sortir de son appartement, se déplacer - notamment chez ses médecins - et faire des courses, sans retenir aucun empêchement pour les actes de se nourrir, se vêtir et faire sa toilette. Il n'y avait dès lors pas suffisamment d'éléments pour retenir une impotence fonctionnelle sur le plan psychique, seules des difficultés momentanées apparaissant convaincantes. Eu égard à ces considérations, le Tribunal fédéral a confirmé les constatations de la Cour de céans selon lesquelles l'état de santé de l'intéressé ne l'empêchait pas d'accomplir les actes ordinaires de la vie, mais nécessite des prestations d'aide pour vivre de manière indépendante, lui rappeler ponctuellement d'accomplir les gestes de la vie quotidienne et éviter de s'isoler du monde extérieur. Dès lors que seul le critère de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie était réalisé, singulièrement pour tenir le ménage, cela ne justifiait qu'une allocation pour impotence faible.

6. Le 3 janvier 2018, l'assuré a téléphoné à l'OAI pour demander la révision de son allocation pour impotence. Il lui a été répondu qu'il devait fournir à l'appui de sa demande des nouveaux éléments susceptibles de conduire l'OAI à modifier sa position.
7. L'assuré a dès lors rempli un questionnaire destiné à la révision de l'allocation pour impotent, lequel est parvenu à l'OAI le 16 avril 2018. Il y a affirmé que son état de santé s'était aggravé depuis juin 1995 (sic) et, invité à décrire l'aggravation en question, a indiqué qu'elle consistait en une « impotence degré moyen ».
8. Le 25 mai 2018, l'assuré a en outre fait parvenir à l'OAI :
  - le certificat rédigé par le Dr I\_\_\_\_\_, le 7 septembre 2016, déjà produit dans la procédure précédente ;
  - un certificat rédigé le 6 septembre 2017 par la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies allergiques, attestant que son patient souffrait de troubles de santé chroniques depuis de nombreuses années, nécessitant l'aide régulière et importante d'autrui au quotidien pour pouvoir accomplir les activités de la vie quotidienne, telles que se vêtir/se dévêtir, manger, ou faire sa toilette.

9. Le 30 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations. L'OAI a expliqué que, pour justifier une entrée en matière, la situation professionnelle ou médicale devait s'être notablement modifiée. Tel n'était pas le cas en l'occurrence, vu l'absence de nouveau diagnostic, notamment.
10. Le 28 juin 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un nouveau certificat rédigé le 25 juin 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_, faisant état d'une hypersomnie et d'une très grande fatigabilité engendrant selon le médecin une incapacité à effectuer des gestes simples de la vie quotidienne. Des investigations neurologiques étaient en cours. Selon le médecin, l'état de son patient s'était aggravé durant les derniers mois au point qu'il n'avait plus été en mesure de s'occuper de son appartement, ce qui avait entraîné un syndrome de Diogène et des manifestations de type obsessionnelles et compulsives très invalidantes.
11. Par décision du 9 juillet 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière.
12. Par écriture du 5 septembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant que son état de santé s'était aggravé avec l'apparition d'une hypersomnie et d'une fatigue chronique.

À l'appui de son recours, il a produit :

- un bref certificat rédigé le 8 octobre 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_, confirmant l'existence d'une très grande fatigabilité physique et d'une impotence fonctionnelle physique depuis l'enfance, ainsi qu'une aggravation depuis le début de l'année 2017 ; selon le médecin, cet état de fatigue somatique et chronique ne serait pas explicable par les troubles psychiques ;
  - un bref certificat rédigé le 18 janvier 2019 par le docteur K\_\_\_\_\_, neurologue à Paris, faisant état d'une « hypersomnie majeure organique » et d'une « fatigue somatique neurologique chronique », lesquelles se seraient aggravées depuis janvier 2017. Ce médecin soutient que son patient aurait besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les cinq actes de la vie au quotidien et que sa demande d'allocation pour impotence de degré grave serait totalement justifiée sur le plan neurologique (sic).
13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 octobre 2018, a conclu au rejet du recours.

Selon l'intimé, les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ du 25 juin 2018 et de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2017 ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé.

Quant aux rapports produits par la suite, ils ne peuvent être pris en compte, la question se limitant au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

14. Par écriture du 25 janvier 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

## **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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.
5. Une 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).
6. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière.

À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que

l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

7. 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).

8. 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).

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).

L'examen par le juge 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).

9. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse - soit le 9 juillet 2018 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le juin 2016.

Tel n'est pas le cas. Le certificat établi par le Dr I\_\_\_\_\_ en septembre 2016 ne fait état d'aucune aggravation. Celui de la Dresse J\_\_\_\_\_ fait état de troubles chroniques présents depuis de nombreuses années, sans indice d'aggravation. Certes, le certificat rédigé par le Dr I\_\_\_\_\_ le 25 juin 2018 mentionne une aggravation, mais les troubles évoqués (hypersomnie, fatigabilité et syndrome de Diogène) ne sont pas nouveaux et étaient déjà présents lors de l'examen de la demande initiale.

Quant aux pièces médicales produites après la décision litigieuse, soit après le 9 juillet 2018, elles ne sauraient être prises en compte pour procéder à l'évaluation de la situation, étant rappelé que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé, considérant qu'aucune aggravation n'avait été rendue plausible, a refusé d'entrer en matière.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 500.- 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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