

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3990/2025

ATAS/537/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2026

Chambre 1

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Thomas BARTH, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Amélie PIGUET MAYSTRE, présidente ; Toni KERELEZOV, Yves
MABILLARD, juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1982, est menuisier de profession.
- b.** À teneur de son extrait de compte individuel et de son curriculum vitae, il a, après avoir accompli son apprentissage entre 1998 et 2002, exercé notamment en qualité de menuisier, de chargé de sécurité et de vendeur auprès de diverses entreprises établies dans le canton de Genève.
- c.** En date du 19 juin 2014, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Il a indiqué souffrir de dépression et d'une maladie chronique depuis cinq ans.
- Le 7 août 2014, l'OAI a proposé à l'assuré une mesure de placement auprès de la B_____ à compter du mois de septembre 2014 et pour une durée de six mois, à un taux de 50%.
- d.** Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'OAI a notamment reçu un rapport du 2 septembre 2014 du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué suivre l'assuré depuis le 14 juin 2013. Il a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'utilisation nocive de dérivés du cannabis, abstinent depuis plusieurs années, et d'utilisation nocive d'alcool, abstient depuis plusieurs années. L'assuré avait présenté, depuis l'âge de 10 ans et jusqu'à son placement en foyer, des troubles du comportement (vols et bagarres). Il consommait à cette époque des joints de cannabis et de l'alcool. Il était connu pour une pathologie dépressive depuis environ quatre ans dans un contexte de difficultés conjugales et financières. Il n'avait plus d'activité depuis environ trois ans et était au bénéfice de l'aide sociale. Il était actuellement en incapacité totale de travail depuis le 14 juin 2013, mais son évolution clinique était favorable, avec rémission ostensible de ses troubles psychiques grâce à une nouvelle médication et un suivi psychiatrique intégré soutenu. Un retour à une activité salariée lui permettrait de consolider cette évolution. Du point de vue médical, l'activité actuelle était encore exigible, dans un cadre professionnel adapté, avec un rendement réduit en raison de ses troubles psychiques. Une reprise à 50% était envisageable en fonction de l'évaluation dans le cadre de sa réadaptation professionnelle.
- e.** Dans un avis du 15 septembre 2014, la docteure D_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a relevé que le psychiatre traitant de l'assuré avait estimé la capacité de travail actuelle à 50%, susceptible de s'améliorer grâce à un cadre professionnel. Elle suggérait donc de présenter le cas au service de réadaptation professionnelle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une sensibilité au stress.

f. À teneur d'une note de travail du 12 novembre 2014 d'une conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assuré était souvent absent et semblait démotivé : il prétextait divers entretiens médicaux pour ne pas se rendre en stage.

g. Par sommation du 13 novembre 2014, l'OAI a demandé à l'assuré de collaborer dès réception du courrier et de se présenter aux activités prévues par la fondation B_____. En l'absence de collaboration, une décision serait prise sur la base du dossier et les prestations pourraient lui être refusées.

h. À teneur d'une note de travail du 1^{er} décembre 2014, un entretien avec la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI a eu lieu chez le médecin psychiatre traitant de l'assuré le 26 novembre 2014, lors duquel l'assuré s'est engagé à suivre la mesure sans absences ou autres excuses et à se reconfronter à un stage à 50%.

i. Selon une note du 8 décembre 2014, l'assuré ne s'est pas présenté, sans s'excuser, aux deux après-midis de cours la semaine auparavant.

j. Le 12 décembre 2014, la fondation B_____ a mis fin à la mesure. Au vu de l'attitude de l'assuré, il paraissait difficilement envisageable de l'accompagner dans un processus de réinsertion.

k. Par projet de décision du 16 février 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il avait bénéficié d'une mesure d'orientation et d'aide au placement dès le 4 septembre 2014, pour une durée de six mois. Toutefois, il n'avait pas suivi de manière régulière et assidue cette mesure. Malgré les encouragements et les efforts de l'OAI et des divers intervenants, il avait clairement refusé de poursuivre cette mesure. Partant, toute tentative de réadaptation semblait vouée à l'échec et les mesures auxquelles il pourrait prétendre n'étaient, en l'état, pas indiquées.

l. Par décision du 26 mars 2015, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision. Au vu du refus de l'assuré de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction, l'OAI statuait en l'état du dossier et lui refusait toutes prestations pour défaut de collaboration.

m. Cette décision n'ayant pas été contestée, elle est entrée en force.

- B. a.** Le 11 juillet 2025, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de douleurs de dos chroniques depuis 2012, de fatigue générale depuis un infarctus et de douleurs à l'épaule gauche depuis 2024. Il était suivi par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, et par la docteure F_____, spécialisée en cardiologie, depuis le 21 décembre 2024.

L'assuré a notamment joint à sa demande un rapport établi le 22 décembre 2024 par le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), à teneur duquel il avait souffert d'un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST inférieur le 21 décembre 2024, avec transfert en coronographie pour une angioplastie.

b. À teneur de l'extrait de compte individuel de l'assuré, celui-ci a cotisé en tant que personne sans activité lucrative entre 2013 et 2020, puis en 2022. Entre septembre et décembre 2021, il a été engagé par une entreprise intérimaire.

c. Par courrier du 15 juillet 2025, l'OAI a accusé réception de la nouvelle demande de l'assuré. Elle l'a informé que sa demande ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la dernière décision. Il était ainsi invité à transmettre, dans un délai de 30 jours, les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation de son état de santé. En l'absence de réponse de sa part à l'échéance du délai, il recevrait un projet de décision, indiquant que l'OAI ne pouvait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

d. Dans un rapport du 30 juillet 2025, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré venait de temps en temps à sa consultation, souvent pour des ordonnances de somnifères. Il lui parlait de sa sciatique et de son épaule gauche, mais ne lui avait pas demandé d'exams. L'assuré était occupé avec le procès contre son épouse pour la garde de ses quatre enfants. Il avait subi un infarctus du myocarde le 21 décembre 2024 et prenait beaucoup de médicaments, mais il ne présentait pas de séquelles invalidantes. Il ordonnait, pour avancer dans ce dossier, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire et une arthro-IRM de l'épaule gauche.

e. L'IRM lombaire a été réalisée le 7 août 2025. Elle a mis en évidence une absence de canal lombaire étroit, une absence de conflit disco-radiculaire, mais une spondylarthrose bilatérale débutante en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une réaction inflammatoire de l'articulation sacro-iliaque bilatérale d'origine mécanique probable.

f. Le 14 août 2025, le Dr E_____ a informé l'OAI que l'arthro-IRM n'avait pas encore été réalisée.

g. Dans un avis médical du 4 septembre 2025, le docteur G_____, médecin du SMR, a considéré, au vu des pièces médicales figurant au dossier, qu'aucune aggravation notable et durable n'était rendue plausible.

h. Par projet de décision du 5 septembre 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il prévoyait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu plausible que sa situation s'était notablement modifiée depuis le rejet de sa première demande, en mars 2015. L'assuré disposait d'un délai de 30 jours pour formuler ses éventuelles objections. Ce délai n'était pas prolongeable, étant précisé qu'il pouvait, pour des raisons pertinentes, demander un court et unique délai supplémentaire pour motiver de manière plus détaillée ses objections et transmettre à l'OAI les rapports appropriés.

i. À teneur d'une note du dossier au SMR, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet de décision par téléphone et a adressé un rapport de son cardiologue. Le gestionnaire du dossier AI demandait au SMR de confirmer que

ce rapport ne prouvait aucune aggravation de son état de santé et confirmait son avis du 4 septembre 2025.

Dans le rapport du 11 mars 2025 adressé par l'assuré à l'appui de son opposition, la Dre F_____ a posé le diagnostic de STEMI inférieur le 21 décembre 2024 avec maladie coronarienne bitronculaire, traité par angioplastie de la coronaire droite proximale et moyenne et implantation de deux stents actifs. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, un tabagisme actif, une anamnèse familiale positive et un surpoids. L'assuré était asymptomatique à l'anamnèse cardiovasculaire. Il n'avait pas présenté de récurrence de DRS depuis l'épisode de décembre. Il avait fait la réadaptation cardiaque à Beau-Séjour avec un bon succès. Cliniquement, il ne présentait pas de signe de décompensation cardiaque. L'échographie cardiaque retrouvait une bonne fonction biventriculaire. Compte tenu de la maladie coronarienne bitronculaire, elle recommandait la poursuite de l'aspirine cardio à vie, ainsi que de la statine. Le patient était à revoir en décembre 2025, à un an de son infarctus.

j. Par courriel du 22 septembre 2025, l'assuré a informé l'OAI de la date de son prochain rendez-vous pour l'épaule, annexant une note établie par le cabinet de la Dre F_____, faisant état d'un rendez-vous le 16 décembre 2025.

k. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2025, le Dr G_____, du SMR, a constaté que la cardiologue mentionnait un assuré asymptomatique, qui ne présentait pas de décompensation cardiaque. Elle recommandait la poursuite du traitement et du suivi périodique annuel. Le Dr G_____ a ainsi considéré que le rapport de la cardiologue ne montrait aucune aggravation de l'état de santé et permettait de confirmer les conclusions du rapport final du SMR du 4 septembre 2025.

l. Par décision du 15 octobre 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la seconde demande de l'assuré. Il appartenait à ce dernier de rendre plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée. Or, l'examen du dossier ne montrait aucun changement.

C. a. Par acte du 12 novembre 2025, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre des assurances sociales), concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que le dossier soit retourné à l'intimé afin que ce dernier instruisse la demande de prestations qu'il avait formée le 16 juin 2025.

Il avait motivé sa nouvelle demande par la présence de douleurs dorsales chroniques, un état général de fatigue persistant depuis son infarctus, ainsi que des douleurs à l'épaule gauche. Il ressortait du rapport de son médecin traitant, le Dr E_____, qu'une IRM lombaire et une arthro-IRM avaient été ordonnées. Or, le SMR s'était prononcé une première fois sur la base des résultats de l'IRM lombaire, alors que l'intimé avait été informé le 14 août 2025 par le Dr E_____ que l'arthro-IRM n'avait pas encore été effectuée. Il avait retenu qu'aucune

aggravation notable ni durable n'avait été rendue plausible. Sur cette base, l'intimé avait rendu un projet de décision de refus d'entrée en matière. Dans le cadre de la procédure d'opposition, le SMR s'était prononcé sur le rapport de la Dre F_____, concluant qu'il ne montrait aucune aggravation de l'état de santé et permettait ainsi de confirmer les conclusions de son premier rapport. L'intimé avait ensuite rendu une décision sur le cas sans attendre les résultats de l'arthro-IRM, ce alors que le recourant avait indiqué qu'il avait un rendez-vous pour son épaule gauche le 16 décembre 2025. L'intimé s'était ainsi prononcé sans disposer d'aucun élément relatif à l'état de l'épaule gauche, alors même que cet aspect revêtait une importance déterminante dans l'évaluation de son droit aux prestations, le recourant étant menuisier de profession. Ce faisant, il avait violé son droit d'être entendu et avait statué en violation des art. 57a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), 74 LAI, 42 et 43 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

b. L'intimé a répondu au recours le 9 décembre 2025, concluant à son rejet. La question litigieuse était celle de savoir si l'OAI était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession et fournis par le recourant, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Or, compte tenu des pièces médicales figurant au dossier, notamment le rapport de la cardiologue qui était rassurant, il convenait d'admettre que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Il n'avait en effet produit aucune pièce en procédure administrative justifiant la reprise de l'instruction du dossier. Dans ce type de procédure, il n'appartenait pas à l'OAI ou au tribunal d'instruire le cas sur le fond.

c. Par écriture du 14 janvier 2026, le recourant a indiqué persister dans ses précédentes conclusions.

EN DROIT

1.

1.1 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 LPGA relatives à la LAI.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 11 juillet 2025.

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 sont entrées en vigueur (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), ainsi que celles du règlement et de l'ordonnance correspondants.

Les dispositions concernant les conditions d'entrée en matière sur les nouvelles demandes de prestations n'ont toutefois pas été modifiées dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

4.

4.1 Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Selon l'art. 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 – RAI), l'office AI examine, au besoin en liaison avec la caisse de compensation compétente en vertu de l'art. 44, si l'assuré remplit les conditions (al. 1). Si ces conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides (al. 2). Les offices AI peuvent convoquer les assurés à un entretien. La date de l'entretien doit leur être communiquée dans un délai approprié (al. 3).

4.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 p. 183 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_195/2013 du 15 octobre 2013).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsqu'un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral du 23 janvier 2007 – I_906/05).

Cela étant, si la personne assurée se montre par la suite disposée à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir l'assureur d'une nouvelle demande de prestations. Si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation, l'assureur devra alors rendre une nouvelle décision avec effet *ex tunc et pro futuro* à compter du dépôt de la nouvelle demande (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la LPGA, 2025, n. 56 ad art. 43 LPGA et les références citées).

5.

5.1 Lorsqu'une rente a été refusée parce que le taux 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 RAI). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 c. 3b; RCC 1991 p. 269 c. 1a). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

5.2 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). Ainsi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2021 du 2 février 2022 consid. 2.2 et les références). 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).

5.3 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 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (*cf.* art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst - RS 101) ; 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. Si une décision de non-entrée en matière est rendue dans le cadre d'une procédure administrative qui satisfait à ces exigences relatives à la fixation d'un délai et à la menace de conséquences en cas de retard, les tribunaux fondent leur examen sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, l'examen du juge se limite au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative, notamment au cours de la procédure cantonale de recours

(arrêts du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 ; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

5.4 L'exigence relative au caractère plausible de la modification ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Il suffit qu'il existe au moins certains indices permettant de présumer l'existence de la modification de fait alléguée depuis le moment auquel la décision de refus de prestations a été rendue, quand bien même la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permette pas de confirmer le changement allégué (arrêt du Tribunal fédéral 9C_154/2020 du 16 juin 2020 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

5.5 La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) - d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGa - en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat - sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale - lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

6. En l'espèce, le recourant a déposé une première demande de prestations en 2014 en indiquant souffrir de dépression ainsi que d'une maladie chronique. À teneur d'un rapport de son psychiatre traitant, sa capacité de travail était alors de 50%, susceptible d'amélioration en cas de retour à une activité salariée. Le dossier d'alors ne contient qu'une seule autre pièce médicale, à savoir un avis du médecin du SMR, lequel reprenait les conclusions sur la capacité de travail du psychiatre traitant du recourant et suggérait de présenter le cas au service de réadaptation professionnelle. L'intimé a ainsi proposé une mesure de placement au recourant, dans le cadre d'un mandat de réadaptation. La procédure ouverte à la suite de la première demande a été clôturée en raison d'un défaut de collaboration du recourant, qui ne s'était pas présenté à de multiples reprises au stage organisé par l'intimé. Celui-ci, faisant usage de la possibilité prévue à l'art. 43 al. 3 LPGa, a ainsi rendu une décision de refus de prestations en l'état du dossier, considérant, au vu de l'attitude du recourant, qu'il était difficile de l'accompagner dans un processus de réinsertion.

Dans ce cadre, aucun examen du degré d'invalidité du recourant n'a été effectué. Sa capacité de travail avait été évaluée à 50% par son psychiatre traitant avec une possibilité d'amélioration en cas de reprise d'une activité professionnelle, mais cette reprise n'ayant pas pu être concrétisée au vu de l'attitude du recourant, il n'y a pas eu d'autres mesures d'instruction sur le plan médical.

Ainsi, les faits médicaux n'ont jamais été établis par l'intimé dans le cadre de la première demande de prestations du recourant.

Dans sa nouvelle demande, déposée dix ans plus tard, le recourant a fait valoir d'autres atteintes à la santé, à savoir un état de fatigue générale à la suite d'un infarctus subi quelques mois plus tôt, ainsi que des douleurs à l'épaule droite et au dos. Il a produit des rapports de son médecin généraliste traitant, de sa cardiologue, ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire.

Considérant que le recourant n'avait pas rendu plausible, avec ces pièces médicales, une aggravation notable et durable de son état de santé, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

Or, dans la mesure où les faits médicaux n'ont jamais été établis et qu'aucun examen du degré d'invalidité du recourant n'a été effectué dans le cadre de la première demande, l'intimé ne disposait d'aucune base pour juger d'une péjoration ultérieure de l'état de santé du recourant.

Partant, en l'absence de première décision de refus rendue au motif que le taux d'invalidité du recourant était insuffisant, l'intimé ne pouvait faire usage de la possibilité prévue à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI en refusant d'entrer en matière au motif que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Il lui appartenait d'instruire la nouvelle demande de prestations du recourant et de rassembler toutes les pièces médicales pertinentes sur les diverses atteintes à la santé alléguées par le recourant et relatées par son médecin traitant, avant de statuer sur son éventuel droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

7. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du recourant du 11 juillet 2025, qu'il complète l'instruction médicale, notamment en examinant la problématique de l'épaule invoquée par le recourant et en rassemblant les pièces médicales y relatives (y compris le résultat de l'arthro-IRM annoncé par le recourant), et qu'il se prononce sur sa capacité de travail et sur ses éventuelles limitations fonctionnelles.

8.

8.1 Obtenant gain de cause et étant assisté par un conseil, le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA – E 5 10.03).

8.2 La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI) et vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 15 octobre 2025 et renvoie la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du 11 juillet 2025 et complète l'instruction au sens des considérants.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Pascale HUGI

Amélie PIGUET MAYSTRE

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