

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1172/2024

ATAS/366/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mai 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1975, agent de train auprès des Chemins de fer fédéraux suisses (ci-après : CFF), a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue en date du 3 juillet 2020 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
- b.** Concernant ses atteintes à la santé, il a mentionné notamment une discarthrose très légèrement inflammatoire lombaire en L5-S1 (depuis 3 ans) ; un hallux rigidus droit et un hallux rigidus gauche ; des troubles de l'humeur, soit une dépression (depuis 5 ans).
- c.** Après instruction du cas, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI s'est exprimé dans un rapport du 3 février 2021, en considérant qu'en raison des atteintes somatiques et psychiatriques, l'assuré présentait une incapacité de travail durable de 40% dès le 1^{er} janvier 2019, puis de 50% dès le 1^{er} décembre 2019. Son activité habituelle de contrôleur CFF était considérée comme adaptée et sa capacité de travail était de 60%, dès le 1^{er} janvier 2019 et de 50% dès le 19 décembre 2019. Les limitations fonctionnelles étaient : douleurs des pieds et lombaire, pas de marche intensive, pas de déplacement en terrain accidenté, pas de station assise ou debout prolongée, doit pouvoir changer de position à sa guise, fatigabilité et perte d'élan vital.
- d.** Par décision du 22 avril 2021, l'OAI a reconnu un degré d'invalidité de 50%, dès le 1^{er} décembre 2019 dans toute activité. Néanmoins, en raison du délai d'attente d'un an et de la demande tardive de l'assuré, ce n'est qu'à compter du mois de janvier 2021 que la demi-rente a commencé à être versée.
- e.** Par courrier reçu par l'OAI en date du 19 avril 2023, l'assuré a informé ce dernier qu'il travaillait aux CFF depuis 13 ans, qu'il percevait une rente invalidité de 50% depuis deux ans, tout en continuant à travailler à 50% et qu'en raison de ses troubles de la santé, la situation était devenue plus difficile pour lui, physiquement et mentalement. En accord avec ses médecins traitants, les docteurs B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et C_____, spécialiste FMH en médecine générale, il demandait une révision de son temps de travail et souhaitait « passer à 80% d'invalidité ».
- f.** Le Dr B_____ a fait parvenir à l'OAI, qui l'a reçu le 13 juin 2023, un rapport médical attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré qui, selon le médecin, avait de plus en plus de mal à exercer son activité à 50% en raison de crampes musculaires dues à la station debout et de troubles ostéo-articulaires ainsi que de douleurs invalidantes. Il considérait qu'une activité à 30% lui était encore possible et soutenait sa demande en ce sens, tout en concluant à une adaptation de la rente d'invalidité. Par courrier du 23 août 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il

avait bien reçu la lettre de son médecin et restait dans l'attente d'un rapport de sa part.

g. Le Dr B_____ a informé l'OAI, en date du 24 août 2023, qu'il était sur le point de partir en vacances et qu'il reprendrait une consultation le 16 octobre 2023. Il demandait à l'OAI de lui envoyer la version papier de sa demande de rapport médical.

B. a. Par projet de décision du 22 septembre 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière. Il motivait son refus par le fait que, suite à la nouvelle demande de prestations invalidité du 19 avril 2023, l'assuré devait rendre plausible, par des documents adéquats, que sa situation s'était notablement modifiée, mais l'OAI considérait que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement. Il était ajouté que l'assuré n'avait joint aucun document médical attestant d'une aggravation de son état de santé à l'appui de sa nouvelle demande. Néanmoins, l'OAI constatait que, dans le cadre de la procédure d'audition, il avait reçu un document du médecin de l'assuré, attestant que sa capacité de travail était de 30%. L'OAI concluait que, dès lors que l'assuré travaillait toujours à 50%, sa perte économique due à son atteinte à la santé était toujours la même que celle qui prévalait lors de la dernière décision.

b. Par courrier du 20 octobre 2023, le Dr B_____ a rappelé à l'OAI qu'il avait envoyé, en août 2023 (*recte* : en juin 2023), un courrier confirmant l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et la diminution de sa capacité de travail, passant de 50% à 30%.

c. Par décision du 22 mars 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision de non entrée en matière, en reprenant intégralement la motivation de cette dernière.

C. a. Par acte posté en date du 9 avril 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 22 mars 2024 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), mentionnant qu'il avait subi une opération chirurgicale du pied, à Morges, en août 2023 et qu'il devait subir une tympanoplastie et une septoturbinoplastie chez le docteur D_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale.

b. Par réponse du 18 avril 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Citant la jurisprudence topique, l'OAI considérait que l'assuré n'avait pas réussi à rendre plausibles ses allégations. Le rapport du Dr B_____, versé dans le cadre de la procédure d'audition, était considéré comme superficiel, mentionnant uniquement qu'une activité à 30% serait plus adaptée que l'activité à 50%, mais sans citer d'éléments médicaux objectifs supplémentaires. S'agissant des documents produits dans le cadre du recours, l'OAI estimait que l'assuré indiquait des interventions planifiées futures, mais ne produisait pas les pièces médicales afférentes. Dans ce contexte, l'OAI considérait le recours ne pouvait qu'être rejeté, étant précisé que l'assuré disposait de la possibilité de déposer une

nouvelle demande de prestations, lorsqu'il serait en possession de rapports médicaux certifiant une aggravation de son état de santé.

c. Invité à répliquer, l'assuré a transmis à la chambre de céans :

- la copie d'un certificat médical, adressé par le Dr B _____ à l'OAI en date du 30 avril 2024. Le médecin reprenait la chronologie du cas, estimant que le trouble dépressif récurrent qui fluctuait entre sévère et moyen ainsi que les phobies sociales « dataient de l'adolescence » de l'assuré ; ce dernier avait de la peine à parler devant plus de quatre personnes et ne voulait pas rester enfermé dans un bureau, raison pour laquelle il avait choisi d'être contrôleur dans les trains. Sportif à ses débuts, il avait vu ses activités physiques réduites progressivement, suite à l'atteinte à sa santé physique et l'apparition des troubles ostéo-articulaires et rhumatologiques. Sa vie sociale s'était réduite progressivement et avait impacté sa capacité de travail, qui était de 100% entre 2011 et 2015, puis 80% de 2015 à 2019, puis de 60% de janvier à novembre 2019 puis enfin de 50% à partir du 1^{er} décembre 2019. Selon le psychiatre, depuis mai 2023, la capacité de travail dans l'activité actuelle de l'assuré était estimée à 30% au maximum ;
- un rapport de consultation, non daté, rédigé par le Dr D _____ et mentionnant qu'une otite moyenne aiguë gauche perforée avait été traitée par antibiotiques, sans amélioration, en date du 20 décembre 2023, qu'une tympanoplastie en anesthésie locale à gauche avait été effectuée le 16 janvier 2024 et qu'en soufflant très fort, le patient s'était perforé le tympan gauche en date du 7 février 2024. Des examens étaient en cours et une septoturbinoplastie était prévue avec, dans un second temps, une tympanoplastie du côté gauche ;
- un rapport médical du docteur E _____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, médecin-chef au service d'orthopédie et traumatologie de l'ensemble hospitalier de la Côte, daté du 23 novembre 2023 et mentionnant que suite à la consultation, l'évolution de l'hallux rigidus du pied droit était favorable, le patient allait plutôt bien, marchait sans canne et sans boiterie, disposait d'un périmètre de marche illimité, n'avait plus de douleurs, mais uniquement l'œdème à la station verticale prolongée. Il était mentionné qu'il avait repris le travail depuis une semaine, avec une gêne en fin de journée ;
- un rapport de coloscopie du 20 avril 2023, rédigé par le docteur F _____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, concluant que le canal anal présentait un aspect normal, sans hémorroïdes, ni fissures ou fistules et qu'il n'y avait pas d'anomalie. Selon le praticien, les données cliniques parlaient en faveur d'une diarrhée motrice dont l'origine était médicamenteuse, par le biais des effets indésirables gastro-intestinaux. Le

médecin psychiatre était invité à déterminer si certains médicaments devaient être éliminés.

d. L'OAI n'a pas dupliqué.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
- 3.** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
- 4.** 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 (*cf.* consid. 6.1) 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

- 5.** Est litigieux le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 19 avril 2023, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

6.

6.1 Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a

précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

6.2 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 (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 3a et les références).

6.3 L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 et la référence ; 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 4.2 ; 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). En revanche, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas de rendre plausible une aggravation au sens de l'art. 87 al. 2 RAI (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 et les références).

L'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

6.4. 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 et les références). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 3.2 et les références). Eu égard au caractère atypique de cette procédure 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^{er} 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. 3 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références).

En matière d'assurance-invalidité notamment, 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références).

6.5 En cas de nouvelle demande de prestations, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente constitue le point de départ temporel pour examiner si un assuré a rendu plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3).

7. En l'espèce, le recourant allègue une aggravation de son état de santé qui, selon lui, aboutit à une invalidité de 80%.

De son côté, l'OAI considère que l'assuré n'a pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé, ce qui justifie la décision de non-entrée en matière querellée.

7.1 Dans le cadre de la précédente procédure, c'est par décision entrée en force du 22 avril 2021 que l'intimé a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, reconnaissant une incapacité de travail durable de 50%, dès le 1^{er} décembre 2019, dans toute activité confondue.

La décision du 22 avril 2021 constitue donc le point de départ temporel pour examiner si le recourant a rendu plausible une modification déterminante des faits, influant sur le droit aux prestations en cas de nouvelle demande de prestations.

7.2 Suite à la demande de révision reçue par l'OAI le 19 avril 2023, la seule pièce médicale transmise par l'assuré est le certificat du Dr B_____ du 13 juin 2023.

Dans ce dernier, le médecin parle d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et expose que le travail physique exercé actuellement à 50% devient « de plus en plus pénible » pour l'assuré, qui souffre de crampes musculaires dues à la station debout et de troubles ostéo-articulaires ainsi que de douleurs invalidantes. Il termine en estimant qu'une « activité de 30% lui est encore possible » et qu'il soutient sa demande dans ce sens.

Or, le psychiatre traitant ne fait mention d'aucune pathologie relevant de sa spécialité, soit les troubles psychiatriques, qui aurait fait l'objet d'une aggravation et mentionne des troubles somatiques et des douleurs, déjà connus de l'OAI et qui ont été pris en compte pour aboutir à la précédente décision du 22 avril 2021. Partant, la teneur, qualifiée de superficielle par l'OAI, du certificat médical du 19 avril 2023, n'est pas suffisante pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

7.3 S'agissant des nouvelles pièces produites dans le cadre de la procédure de recours, il sied de rappeler que l'OAI avait clairement attiré l'attention de l'assuré sur la nécessité de transmettre les pièces médicales qui documentaient et rendaient plausibles l'aggravation de son état de santé. Or, en dépit des rappels de l'OAI, aussi bien à l'assuré qu'au Dr B_____, la seule pièce médicale qui a été transmise avant que l'intimé prenne sa décision est le rapport médical du Dr B_____ du 13 juin 2023 examiné *supra*.

L'OAI a invité, en août 2023, le psychiatre traitant à compléter le formulaire *ad hoc*, disponible sur son site, ce que le médecin n'a pas fait. Alors même qu'il a mentionné qu'il devait revoir le patient en consultation, en octobre 2023, il n'a fait suivre aucun certificat médical suite à cette consultation. Ce n'est qu'après que la décision du 22 mars 2024 a été rendue qu'il a transmis à l'OAI un rapport complémentaire, daté du 30 avril 2024.

Dès lors que l'intimé a demandé au médecin traitant un rapport plus détaillé après avoir reçu son certificat en date du 13 juin 2023, que ce dernier n'y a pas donné suite, qu'il a disposé d'un laps de temps suffisant entre la consultation d'octobre 2023 et la décision de mars 2024, pour compléter son appréciation médicale, il s'ensuit que l'examen de la chambre de céans est limité à l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration, au moment où celle-ci a statué, soit le 22 mars 2024. Partant, les rapports médicaux versés au dossier au cours de la procédure de recours ne peuvent pas être pris en considération (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 et les références), étant encore précisé que les rapports des Drs D_____, E_____ et F_____ ne mentionnent aucune pathologie pouvant justifier une aggravation de la capacité de travail de l'assuré et que le rapport du Dr B_____ d'avril 2024, qui mentionne des pathologies qui avaient déjà fait l'objet d'un examen dans le cas de la précédente

procédure, n'est pas suffisamment précis pour que l'on puisse objectivement admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 22 avril 2021.

7.4 Compte tenu de ce qui précède, on ne peut que constater qu'au cours de la procédure initiée à la suite de sa nouvelle demande de prestations reçue le 19 avril 2023, le recourant n'a apporté aucun élément médical rendant plausible une aggravation significative de sa situation, qui serait survenue depuis la décision de l'intimé du 22 avril 2021 et qui serait susceptible d'influer sur son droit aux prestations.

Ce d'autant moins que, d'une part, le temps écoulé entre la précédente décision et la nouvelle demande de l'assuré est relativement court (deux ans) et que d'autre part, en dépit de ses allégations selon lesquelles sa capacité de travail serait de 20%, l'assuré exerce toujours son activité habituelle, à un taux de 50%.

7.5 Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations reçue le 19 avril 2023.

- 8.** Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
- 9.** Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAD), au vu du sort du recours, 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

À 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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