

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2796/2024

ATAS/43/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 janvier 2025

Chambre 9

En la cause

A _____,
représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) née le _____ 1968, a été victime d'un accident de la circulation le 24 mai 2006 à la suite duquel elle a souffert de contusions cervicales et de douleurs de la colonne vertébrale.

b. Elle a déposé une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 16 mai 2008 visant à l'octroi de prestations. Son médecin traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé le 11 juin 2008 qu'elle souffrait de cervicalgies invalidantes depuis un coup du lapin survenu en mai 2006.

c. Par décision du 4 mars 2010, l'OAI a informé l'assurée que sa demande était rejetée.

d. Par arrêt du 23 novembre 2010, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) a admis le recours déposé par l'assurée contre ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, et plus précisément pour expertise psychiatrique, et nouvelle décision.

e. Sur mandat de l'OAI, le docteur C_____, psychiatre, a réalisé une expertise de l'assurée le 5 août 2011. L'expert a retenu, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile type borderline, présente depuis la fin de l'enfance et, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, présent depuis octobre 2006. Il a estimé à 50% la capacité résiduelle de travail depuis le 24 mai 2006, précisant que l'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel pour autant que l'activité ait lieu à 50%.

f. Après avoir procédé à une instruction complémentaire, l'OAI a rejeté sa demande de prestations par décision du 22 mai 2013. Sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 80%. Sa perte de gain, s'agissant de la partie active, était alors de 37,5%, ce qui, tenant compte d'un empêchement à accomplir les travaux habituels de 16%, entraînait un degré d'invalidité total de 33%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'OAI s'est fondé en cela sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 5 août 2011 pour retenir une incapacité de travailler de 50% depuis mai 2006.

g. Dans le cadre du recours formé contre cette décision devant la CJCAS, l'assurée a produit une attestation du docteur D_____, son psychiatre traitant, datée du 18 juin 2013, selon laquelle elle souffrait d'épisodes dépressifs fréquents pouvant aller jusqu'à un risque suicidaire nécessitant des prises en charge de crises et empêchant la patiente de construire des relations satisfaisantes et d'envisager un emploi. Selon son médecin, le trouble de la personnalité émotionnellement labile sous-jacent était trop important pour pouvoir imaginer une réinsertion future dans un emploi ordinaire. Il était en revanche envisageable

que la patiente puisse travailler quelques heures par semaine dans un milieu protégé, cela pouvait d'ailleurs l'aider dans les liens sociaux et dans la valorisation de sa personne.

h. Par arrêt du 29 avril 2014, la CJCAS a confirmé la décision de l'OAI du 22 mai 2013.

B. a. Le 5 mars 2024, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations, relevant qu'elle souffrait d'une « fatigue extrême, dépression, somnolence, isolement, idées suicidaires ».

b. Le 29 avril 2024, le Dr D_____ a indiqué que la situation de l'assurée s'était nettement péjorée sur le plan dépressif, sa précarité financière venant aggraver la situation « déjà très difficile ». Elle n'avait pas pu travailler depuis la décision par laquelle l'OAI avait retenu une invalidité globale de 33%. Il estimait que sa patiente nécessitait une reconnaissance d'incapacité durable de 100%.

c. Par avis médical du 13 mai 2024, le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que le rapport médical du 29 avril 2024 évoquait des problèmes de santé similaires, voire identiques, à ceux pris en compte en 2014 et aucune modification durable de son état de santé psychique n'était rendue plausible depuis la dernière décision de l'OAI. Les critères diagnostics des troubles de l'humeur n'étaient pas présents dans ce rapport, lequel retenait les mêmes diagnostics que ceux retenus par le médecin en 2013, et confirmés par le Dr C_____ dans son rapport d'expertise du 5 août 2011. Ces problèmes avaient été pris en compte par le SMR lors de l'instruction initiale. Le médecin ne faisait aucune mention d'une modification de traitement médicamenteux. Aucune grille ou échelle de suivi des symptômes et de leur gravité, ni aucun séjour en milieu psychiatrique, n'étaient mentionnés. Il n'y avait pas non plus de description des activités quotidiennes de l'assurée.

d. Par projet de décision du 17 mai 2024, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

e. Le 17 juin 2024, l'assurée, par l'intermédiaire d'un avocat, a contesté ce projet de décision. Elle a produit un rapport médical du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du 14 juin 2024, mentionnant une bursite de l'épaule droite qui avait été traitée par des infiltrations et un syndrome de pullulation bactérienne, ainsi qu'un rapport médical du Dr D_____ du 16 juin 2024.

f. Par avis du 26 juin 2024, le SMR a retenu que ces rapports médicaux ne comportaient aucun indice rendant plausible une aggravation notable et durable de son état de santé.

g. Par décision du 28 juin 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations. Les éléments médicaux reçus en 2024 évoquaient des problèmes de santé similaires à ceux pris en compte en 2014.

C. a. Par acte du 30 août 2024, l'assurée a formé recours auprès de la CJCAS contre cette décision, en concluant à son annulation et à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande.

b. Le 10 octobre 2024, l'assurée a complété son recours et produit un rapport médical du docteur F_____, médecin adjoint au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 8 octobre 2024. Elle était suivie depuis 2014 pour des cervicalgies et lombalgies chroniques de longue date avec une discrète gastropathie réactionnelle. Elle présentait également une bursite de l'épaule droite traitée par infiltration et était suivie pour des otites moyennes chroniques. Son médecin considérait que ses atteintes somatiques étaient chroniques et que les douleurs avaient péjoré son état de santé. Sa capacité de compréhension était diminuée et un appareil auditif était envisagé.

c. Dans sa réponse du 12 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Les rapports médicaux produits par la recourante dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations ne relevaient pas de problème médical suffisant pour démontrer une aggravation durable et notable de son état de santé. Les éléments médicaux nouveaux apportés dans son recours ne pouvaient être pris en considération, n'ayant pas été versés au dossier au moment de la décision litigieuse.

d. Dans sa réplique du 12 décembre 2024, l'assurée a relevé qu'elle souffrait de récurrences de prurit bilatéral avec baisse d'audition qui n'avaient jamais été retenues dans l'instruction du dossier. Elle avait subi deux opérations (tympanoplasties) en 2016 et 2017 et une otite moyenne chronique à gauche ainsi qu'une presbycusie, nécessitant un appareillage auditif, avait été diagnostiquée par le Dr F_____. Ces atteintes avaient péjoré de manière durable et notable son état de santé et exacerbé les atteintes psychiatriques dont elle souffrait. Le Dr D_____ avait notamment retenu, dans son rapport du 16 juin 2024 que le trouble dépressif était moyen à sévère et qu'il influait de manière significative sur sa concentration et sa fatigue, ne lui permettant pas d'exercer une activité lucrative.

Elle a produit un rapport médical du docteur G_____, spécialiste FMH en otorhino-laryngologie, du 30 octobre 2023 et un rapport médical du Dr F_____ du 29 avril 2024.

e. Cette écriture et les pièces ont été transmises à l'OAI.

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 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.

1.2 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI) et le délai de 30 jours (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

2.1 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.

2.2 Les dispositions concernant les conditions d'entrée en matière sur les nouvelles demandes de prestations (cf. consid. 4 ci-dessous) 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 ; ATAS/654/2023 du 30 août 2023 consid. 4).

3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 5 mars 2024, motif pris qu'elle n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

4.

4.1 Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées).

Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. L'administration est fondée à se montrer 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. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

4.2 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2).

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_29/2023 du 7 juillet 2023 consid. 3 ; 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 ; 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 précité consid. 5.1).

4.3 Sous l'angle temporel, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente constitue le point de départ pour examiner si un assuré a rendu plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3).

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, après avoir dûment laissé à l'assuré un délai pour compléter sa demande. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1).

5. En l'espèce, la recourante a formé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 mai 2008. Cette demande a fait l'objet d'une instruction complète, l'OAI ayant notamment mis en œuvre une expertise psychiatrique. Se fondant sur les conclusions de l'expert, l'OAI a refusé le droit aux prestations, au motif que le degré d'invalidité de la recourante était de 33%. Ainsi, pour examiner le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au jour de la décision litigieuse, le 28 juin 2024, avec ceux présents au 22 mai 2013, date de la décision de refus de prestations de l'intimé.

En 2013, les diagnostics retenus étaient personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) depuis la fin de l'enfance et épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), présent depuis le mois d'octobre 2006.

Dans le cadre de sa nouvelle demande, la recourante a produit trois nouveaux documents médicaux, soit deux rapports médicaux du Dr D_____ des 29 avril et 16 juin 2024, et un rapport du Dr E_____ du 14 juin 2024.

Dans son rapport médical du 29 avril 2024, le Dr D_____ mentionne des épisodes dépressifs parfois accompagnés de risque suicidaire ainsi qu'un trouble émotionnellement labile (borderline) sous-jacent, qui, selon le médecin, empêche toute possibilité d'emploi. Ces atteintes ont toutefois déjà été prises en compte par le SMR dans son instruction initiale. Il s'était en particulier fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C_____ du 5 août 2011, selon lequel la personnalité émotionnellement labile, type borderline, était à l'origine d'une incapacité de travail de 50%, et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan de la dépression. Le Dr D_____ indique certes que la situation de la recourante se serait « nettement péjorée sur le plan dépressif », mais il n'apporte aucun élément concret permettant de retenir que la situation serait différente de celle déjà examinée dans le cadre de la précédente demande. Il ne mentionne en particulier aucune modification de traitement, ni n'explique en quoi les symptômes se seraient aggravés, se limitant, dans son complément du 16 juin 2024, à affirmer que les fonctions basiques du quotidien s'étaient « faiblement altérées ». Il fait certes mention d'hospitalisations pour traiter la dépression, mais ne fournit aucune date, ni référence à un rapport médical. Ainsi, sur ce point également, la situation n'apparaît pas différente de celle à l'origine de la première demande de prestations, puisqu'en 2013 déjà, le médecin avait mentionné une hospitalisation de la recourante en raison de son trouble dépressif.

Se référant au rapport médical du Dr E_____ du 14 juin 2024, la recourante fait valoir que sa situation s'est également aggravée sur le plan somatique. Il ressort de ce rapport que la recourante présente des cervicalgies et lombalgies chroniques, des troubles digestifs chroniques de longue date, un syndrome de pullulation bactérienne (traité), une bursite de l'épaule droite (traitée par des infiltrations) et une otite moyenne chronique (pour laquelle elle est suivie par le service d'ORL). Force est toutefois de constater que la recourante présentait déjà des cervicalgies et lombalgies chroniques lors de sa première demande mais que ceux-ci n'avaient pas été considérés comme étant invalidants. Or la recourante ne démontre pas qu'elle aurait subi une aggravation de ces atteintes. Quant aux autres affections mentionnées dans le rapport médical du 14 juin 2024, il apparaît que celles-ci ont été traitées. Comme le relève le médecin du SMR, aucune pièce médicale ne permet au demeurant de retenir qu'il s'agit de sources d'empêchements durables. Bien au contraire, le Dr E_____ a relevé que les limitations présentées par ses affections étaient d'origine « plutôt psychologique ». La recourante n'a donc pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant souligné que l'administration, et en cas de recours, le juge, doit pouvoir s'appuyer sur des rapports médicaux qui sont de nature à rendre plausibles les faits allégués, et non pas sur les seuls allégués de l'assuré.

C'est partant à juste titre que l'intimé a rendu une décision litigieuse de non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations formée par la recourante.

À l'appui de son recours, la recourante a versé au dossier un rapport du Dr G_____ du 30 octobre 2023 et des rapports du Dr F_____ des 29 avril et 8 octobre 2024. Or, la chambre de céans ne peut pas prendre en considération ces documents, dès lors qu'ils ont été produits postérieurement au 28 juin 2024, date à laquelle l'intimé a statué.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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