

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1052/2018

ATAS/1192/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. A_____, à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNOPFEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1978, portugaise, titulaire d'un permis C-CE, célibataire, secrétaire, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) le 7 décembre 2015. Elle souffrait de dépression, depuis novembre 2014.

Selon certificat médical du 26 octobre 2015, la doctoresse B_____, FMH en médecine générale (médecin traitant), a certifié que l'assurée souffrait d'une atteinte à sa santé directement liée à son environnement de travail actuel. Pour cette raison elle lui avait conseillé de donner son congé, en respectant les délais de congé. Elle était apte à travailler à 100 % chez tout autre employeur.

2. Par courrier du 9 décembre 2015, l'OAI a accusé réception de la demande de prestation et invité l'assurée à compléter son dossier.
3. Le 29 janvier 2016, sous délégation de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Madame D_____, psychologue, a rempli un rapport médical sur formule de l'OAI, indiquant notamment que le début de la longue maladie remontait au 2 avril 2015, et que dès le 1^{er} janvier 2016 l'assurée était apte au travail, à 100 %. Elle a mentionné que l'intéressée ne souhaitait plus de mesures, précisant qu'elle était inscrite au chômage. La demande de prestations AI était due à un épisode dépressif avec anxiété dans le cadre de stress relationnel au travail (mobbing). Elle était en traitement de psychothérapie du 18 avril 2015 au 29 janvier 2016, le dernier contrôle remontant à la veille; et précédemment elle était suivie par la doctoresse B_____. La nature et l'importance du traitement consistait en des séances de psychothérapie une fois par mois dans le but de soutenir l'assurée dans sa réinsertion professionnelle. Jusqu'au début janvier 2016, elle avait été sous traitement de Cypralex.
4. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) – Dresse E_____ - a considéré que l'assurée avait connu un épisode dépressif lié au milieu professionnel, ayant provoqué une incapacité de travail dès le 2 avril 2015; une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée avait été retrouvé dès le 26 octobre 2015, selon le certificat médical du médecin traitant. Il n'y avait pas d'incapacité de travail durable.
5. Par décision du 7 avril 2016, confirmant un projet de décision préalable, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Celle-ci est entrée en force.
6. Le 19 décembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle avait travaillé en dernier lieu comme hôtesse d'accueil à 100 %, du 1^{er} juillet 2016 au 31 octobre 2017 auprès du garage F_____, à Meyrin. Elle était en incapacité de travail à 100 % dès le 2 juin 2017. Elle était suivie par le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale, et par le docteur H_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour dépression, dès le mois de juin 2017.

7. Par courrier du 21 décembre 2017, l'OAI a accusé réception de cette nouvelle demande de prestations. Vu la décision en force du 7 avril 2016 qui lui refusait toute prestation, la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité de l'assurée s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait ainsi de faire parvenir à l'OAI, dans un délai de trente jours non prolongeable, tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. Ce courrier détaillait d'ailleurs les caractéristiques que devait réunir un rapport médical circonstancié de chacun de ses médecins traitants.
8. Par courrier du 24 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus d'entrer en matière. À réception de la nouvelle demande, l'office n'avait pas pu constater de modification de l'état de santé, et pas non plus par la suite, malgré le courrier du 21 décembre 2017, raison pour laquelle il ne pouvait entrer en matière sur la nouvelle demande.
9. Par courrier recommandé du 27 février 2018, l'OAI, en l'absence de contestation du projet de décision susmentionné dans le délai fixé, reprenant ainsi intégralement les termes du projet de décision, a refusé d'entrer en matière.
10. Par courrier du 26 mars 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de refus d'entrer en matière du 27 février 2018. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise, et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de « revoir sa décision en rapport à la demande de prestations », et de confirmer le droit de la recourante à une prestation d'assurance-invalidité, le tout avec suite de frais. Elle avait déposé cette nouvelle demande le 19 décembre 2017 suite à sa rechute dans "cette" maladie, et à sa prolongation. La dégradation progressive de son état de santé avait prolongé son incapacité de travail, et à la sollicitation de son assurance perte de gain, elle se retrouvait dans l'obligation de déposer cette nouvelle demande. Or elle était bien atteinte de cette malheureuse maladie qui durait depuis des années. Son médecin traitant et son psychiatre traitant avaient continuellement délivré des attestations médicales prouvant que sa capacité de travail (ci-après : CT) est nulle à 100 %, étant donné qu'elle se trouve médicalement dans l'impossibilité d'exercer un travail, étant actuellement à l'arrêt à 100 %. « Suite à la requête du 27 février 2018 de l'assurance-invalidité », elle fournissait en pièces annexées un constat médical de son médecin traitant ainsi qu'un certificat médical de son psychiatre:
 - le constat médical du médecin traitant (Dr G_____) est daté du 26 mars 2018 ; il indique que la patiente présente un état anxio-dépressif sévère depuis le 2 juin 2017; une demande précoce doit être mise en place. Un rapport spécialisé suivra du psychiatre. L'état de santé de la patiente ne lui permettait pas de s'occuper de son administration;
 - dans le certificat médical daté du même jour, le psychiatre traitant (Dr H_____) indique suivre la patiente depuis le 27 juin 2017; elle présente un état dépressif ne

permettant pas pour l'instant la reprise d'une activité professionnelle. Un contact avec l'assurance-invalidité a été effectué, uniquement pour "envisager éventuellement ensuite" une possibilité de formation ou de reconversion professionnelle.

11. L'intimé a répondu par courrier du 25 avril 2018, concluant au rejet du recours. Rappelant les faits relatés ci-dessus, l'office considère que c'est à juste titre qu'il n'est pas entré en matière, aucun élément médical ne lui ayant été transmis. Selon la législation applicable et la jurisprudence, la production de nouveaux certificats médicaux n'a pas lieu d'être, de sorte que les pièces médicales produites dans le cadre du recours ne doivent pas être prise en considération dans le cadre du présent litige. Les éléments apportés par la recourante ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas.
12. La recourante a été invitée à venir consulter le dossier et à produire sa réplique.
13. Sans réaction dans le délai fixé, la chambre de céans lui a adressé un rappel, resté lui aussi sans réaction de la part de l'assurée, de sorte que les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 *cum* art. 30 LPGA, ainsi que 64 al. 2 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise.
3. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations de la recourante.
4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles

l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

5. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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).
6. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable

pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, *La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force*, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).
8. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).

Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

9. a. En l'espèce, force est de constater que lors du dépôt de sa nouvelle demande, reçue par l'OAI le 20 décembre 2017, la recourante s'est bornée à indiquer que son incapacité de travail actuelle remontait à juin 2017. Elle n'a donné aucune indication sur la nature précise de l'atteinte à la santé motivant sa démarche, se bornant à mentionner dans la rubrique relative à la désignation de ses médecins traitants, que ceux-ci la suivaient pour « dépression ». Dans ces conditions, la chambre de céans ne peut que constater que cette demande était manifestement insuffisante en regard des principes rappelés ci-dessus, notamment quant aux conditions mentionnées à l'art. 87 al. 2 et RAI et à la jurisprudence y relative, qui rappelle que 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, l'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré devant 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 133 V 108 consid. 5.3.1 et ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

b. Il est établi que, par courrier du 21 décembre 2017, l'OAI a expressément rappelé à l'assurée qu'il ne pouvait pas, en l'état de sa demande, apprécier le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé qu'implique une demande de révision, en lui rappelant les principes légaux, et en lui indiquant de façon précise ce qui était attendu d'elle pour que l'OAI puisse examiner cette nouvelle demande. Son attention a été attirée sur le fait qu'il lui appartenait de faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. L'intimé précisait qu'il serait notamment utile de lui fournir un rapport médical circonstancié de chacun de ses médecins traitants démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolutions, capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles). L'office lui impartissait un délai de trente jours pour ce faire. Force est de constater qu'elle n'a donné aucune suite à ce courrier.

c. Elle n'a pas davantage réagi lorsque l'intimé lui a adressé le projet de décision du 24 janvier 2018, lui donnant encore la possibilité de réagir dans les 30 jours avant que le refus d'entrer en matière annoncé fasse l'objet d'une décision formelle.

d. Ce n'est qu'en annexe à son recours du 26 mars 2018 contre la décision du 27 février 2018 qu'elle a produit un constat médical de son médecin traitant et un certificat médical de son psychiatre, prétendant malicieusement produire ces documents « suite à la requête du 27 février 2018 de l'assurance invalidité ». Il sied à cet égard d'observer que la décision entreprise ne lui réclamait aucun document, ni ne lui donnait d'ailleurs l'opportunité d'en produire à ce stade de la procédure.

e. En définitive, la recourante n'a produit les premiers documents médicaux depuis sa demande de prestations du 19 décembre 2017 qu'en annexe à son recours, et par conséquent largement après la décision entreprise. Ces documents sont du reste tous deux datés du jour-même que le recours, et sont donc postérieurs à la décision entreprise. Au vu des principes jurisprudentiels contenus dans les arrêts visés précédemment (notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013), la chambre de céans n'a pas à en tenir compte.

Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé d'entrer en matière, dans ces conditions: outre le fait que l'OAI a scrupuleusement respecté les directives jurisprudentielles en cas de présentation, non conforme aux conditions de l'art. 87 al. 2 et RAI, d'une demande de prestations après un premier refus dû au fait que le taux d'invalidité était insuffisant. En effet

l'intimé a rendu sa décision après avoir insisté à deux reprises au moins auprès de l'assurée, lui rappelant les règles régissant la procédure qu'elle avait initiée, et en lui exposant de manière claire et simple ce qui était attendu d'elle, respectivement de ses médecins, pour satisfaire aux exigences minimales permettant à l'autorité de se déterminer sur la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé. La recourante n'a pas réagi, quoi qu'elle en eût les moyens.

Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse n'est pas critiquable.

C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'entrer en matière.

10. Mal fondé, le recours sera donc rejeté.
11. La procédure n'est pas gratuite - ce qui a d'ailleurs été rappelé à la recourante, par la chambre de céans, dans le courrier du 29 mars 2018 par lequel elle accusait réception du recours -: l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF. 1'000.-. Il y a dès lors lieu de condamner la recourante 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 de la recourante.
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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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