



POUVOIR JUDICIAIRE

A/11/2026

ATAS/182/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mars 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS),
mandataire

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1982, d'origine ivoirienne, de nationalité suisse, sans formation, a travaillé comme aide-soignante dans un établissement médico-social (EMS) à 80%.

b. Le 20 février 2017, SWICA, assureur perte de gain, a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations au nom de l'assurée, en précisant que celle-ci était en incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2016.

c. Par décision du 25 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations faute d'atteinte à la santé invalidante.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- la docteure B_____, psychiatre, a conclu à un épisode dépressif moyen et à un état de stress post-traumatique justifiant une incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2016 ;
- une expertise psychiatrique réalisée le 12 octobre 2017 par le docteur C_____, mandaté par l'assurance perte de gain, a confirmé les diagnostics retenus par la psychiatre traitante et préconisé une reprise professionnelle en janvier 2018 ;
- dans un rapport du 29 mars 2018, la docteure D_____, a confirmé que l'épisode dépressif était en rémission et que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité le 1^{er} février 2018 ;
- le 15 août 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise psychiatrique et des psychiatres traitants : il a admis une totale incapacité de travail d'octobre 2016 à janvier 2018, puis une capacité de travail pleinement recouvrée dans toute activité à compter du 1^{er} février 2018.

B. a. En août 2025, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant des troubles dépressifs.

b. Le 30 septembre 2025, l'OAI lui a adressé un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, faute d'élément rendant plausible une aggravation de son état de santé.

c. Le 30 octobre 2025, l'assurée s'est opposée à ce projet en précisant n'avoir pas eu connaissance du dossier administratif.

d. Par décision du 17 novembre 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, considérant qu'aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait été rendue plausible.

- C. a. Par écriture du 5 janvier 2026, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en demandant l'annulation de la décision litigieuse, l'octroi d'une rente entière, l'octroi d'une rente partielle et, cas échéant, toute mesure probatoire utile.

Dans son écriture, la recourante avance que « les motifs du recours seront exposés de manière plus complète, dès que nous serons en possession des rapports médicaux attendus, en particulier du rapport de la Dre B_____, lesquels doivent permettre d'établir que l'assurée présente une aggravation de son état de santé et que cette dégradation l'empêche de reprendre une activité professionnelle » (sic).

- b. Le 16 janvier 2026, le représentant de la recourante a produit un rapport du docteur E_____ du 9 janvier 2026, dont il est précisé qu'il ne lui est parvenu qu'après que le recours a été interjeté.

Ce rapport mettrait en évidence une atteinte psychique persistante invalidante et durable et confirmerait une aggravation de l'état de santé de la recourante.

- c. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 janvier 2026, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer qu'aucun document médical ou explication plausible ne lui a été transmis, que ce soit lors du dépôt de la nouvelle demande, en août 2025, ou suite au projet de décision du 30 septembre 2025.

- d. Par écriture du 19 février 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions.

En substance, elle fait valoir que le rapport du Dr E_____, rédigé bien avant la décision de refus d'entrer en matière, démontre une aggravation de son état de santé. Dès lors que les constatations du médecin portent sur une situation préexistante à la décision litigieuse, il conviendrait d'annuler celle-ci.

- e. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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

2. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante en août 2025.

3.

3.1 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).

3.2 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).

3.3 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 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 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

3.4 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.

3.5 L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).

3.6 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).

3.7 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

- 4.** Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse – soit le 17 novembre 2025 – avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 25 septembre 2018 – date du dernier rejet après examen au fond.

Force est de constater que l'assurée n'a produit aucun document médical ni à l'appui de sa nouvelle demande – et ce, bien qu'elle y ait été invitée par courrier de l'OAI du 14 août 2025 lui accordant un délai de 30 jours pour ce faire –, ni après avoir reçu le projet de décision du 30 septembre 2025, bien que celui-ci lui ait accordé un nouveau délai de 30 jours.

Quant au rapport du Dr E_____, produit après la décision litigieuse, il ne saurait être pris en compte pour procéder à l'évaluation de la situation, puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Peu importe à cet égard la date du document en question. L'examen de la Cour de céans se limite au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond, ainsi que le représentant de l'assurée, coutumier des procédures en matière d'assurances sociales, devrait le savoir.

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

Il demeure loisible à la recourante de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations, si elle estime que les conditions réglementaires sont remplies.

**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

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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