

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1558/2015

ATAS/1008/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 23 décembre 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. En septembre 2006, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), employé à La B\_\_\_\_\_, s'est vu diagnostiquer une leucémie, maladie à la suite de laquelle il a également souffert d'une dépression et a été mis en arrêt de travail, d'abord à 100%, du 17 octobre 2006 au 16 septembre 2007, puis à 50%, à compter du 17 septembre 2007.
2. Le 5 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OAI) qui, en date du 4 mars 2009, lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité limitée à la période du 1er octobre au 31 décembre 2007.
3. Par arrêt du 29 octobre 2009 (ATAS/1363/2009) le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent -, a admis partiellement le recours dont l'avait saisi l'assuré et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 31 décembre 2007.
4. Par décision du 19 juillet 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente limitée dans le temps au 30 septembre 2008. Cette décision se basait notamment sur les éléments suivants :
  - un rapport d'expertise du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 11 octobre 2010, retenant les diagnostics de neurasthénie, trouble anxieux sans précision et accentuation de certains traits de personnalité avec éléments d'une personnalité anxieuse et dépendante, sans influence sur la capacité de travail ;
  - un rapport du docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant, du 17 décembre 2010, manifestant son désaccord avec les diagnostics retenus par l'expert, qualifiés de sans commune mesure avec la réalité clinique de son patient, dont l'état devait être, selon lui, qualifié d'épisode dépressif moyen accompagné d'anxiété, d'intensité moyenne également, avec pour conséquence une réduction de 50% de la capacité de travail ;
  - une expertise privée du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 26 août 2011, concluant à un trouble mixte de la personnalité et à un trouble dépressif récurrent en rémission quasi complète et à une capacité de travail de 50% dans un poste adapté.
5. Le 10 octobre 2013, la Cour de céans, saisie d'un recours de l'assuré, l'a admis et lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2008 après avoir mis en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique par la doctoresse

F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'experte, dans son rapport du 5 février 2013, avait retenu à titre de diagnostics principaux : un déclin cognitif induit par la chimiothérapie, un état anxieux versus trouble anxieux organique et une hypersomnie organique, dont elle avait estimé qu'ils entraînaient une diminution de la capacité de travail de 50%.

6. Ce n'est que par décision du 25 novembre 2014, après que la Cour de céans a constaté qu'il avait commis un déni de justice (arrêt ATAS/1131/2014 du 30 octobre 2014), que l'OAI a rendu une décision d'application de l'arrêt du 10 octobre 2013 et reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente ordinaire à compte du 1<sup>er</sup> janvier 2008.
7. Le 18 novembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant « un épuisement général, particulièrement psychique, probablement la conséquence direct à la chimiothérapie » (sic) en précisant avoir été « particulièrement atteint à partir de juin 2007 ».
8. L'OAI en a accusé réception par courrier du 2 janvier 2015, en attirant l'attention de l'assuré sur le fait que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il établissait de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer son droit aux prestations. L'intéressé était invité à faire parvenir dans les trente jours à l'OAI tous documents médicaux susceptibles de rendre plausible une telle aggravation, tels que « un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolution, capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles) ».
9. Par courrier du 9 février 2015, le mandataire de l'assuré a informé l'OAI que l'intéressé était en arrêt de travail et dans l'incapacité de répondre personnellement à sa demande, raison pour laquelle il s'était tourné vers son syndicat. Celui-ci a demandé à l'OAI de considérer le dossier de l'assuré comme une nouvelle demande et a annoncé que lui parviendraient, par courrier séparé, les documents réclamés.
10. Le 17 février 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.
11. Le 23 mars 2015, l'assuré, par le biais d'un avocat, a manifesté son désaccord avec ce projet en indiquant que son état s'était notoirement dégradé à la fin de l'année 2014 (tentamen) et que cela avait entraîné une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée. Il était demandé à l'OAI de « maintenir le dossier ouvert, le temps de recueillir les renseignements médicaux idoines, ce qui pouvait être fait auprès de la Dresde G\_\_\_\_\_ ».
12. Par décision du 30 mars 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation.

Après avoir rappelé que sa dernière décision concernant le droit aux prestations remontait au 25 novembre 2014, l'OAI a considéré que l'assuré n'avait pas rendu plausible la survenance d'une modification des faits essentielle depuis cette

dernière décision. Il n'avait en particulier apporté aucun document probant justifiant d'une aggravation de son état de santé depuis lors.

13. Par écriture du 12 mai 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Le recourant fait tout d'abord remarquer que la décision du 25 novembre 2014 n'était rien d'autre qu'une décision d'application de l'arrêt de la Cour du 10 octobre 2013.

Il allègue que, fin 2014, son état de santé psychique s'est brutalement et lourdement dégradé, à tel point qu'il a commis une tentative de suicide.

Le recourant allègue avoir suggéré à l'OAI, par courrier du 15 avril 2015, de revenir sur sa décision en expliquant se trouver dans le cadre d'une reprise du travail thérapeutique : il cherchait ainsi à se familiariser avec son environnement professionnel, sans obligation de rendement. L'issue de cette démarche était incertaine, compte tenu de sa grande fatigabilité, raison pour laquelle il suggérait à l'OAI d'en attendre l'issue et de recueillir des renseignements auprès de la Dresse G\_\_\_\_\_ avant de statuer à nouveau.

Le recourant estime avoir ainsi rendu à tout le moins vraisemblable une aggravation de son état de santé et reproche à l'OAI de ne pas avoir pris la peine de se renseigner auprès de son psychiatre traitant alors qu'il l'y a pourtant invité à plusieurs reprises.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 mai 2015, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer que jamais le recourant n'a produit le moindre document médical à l'appui de sa demande, ni même après avoir reçu son projet de décision et ce, alors même qu'il était représenté.

L'intimé soutient qu'il ne lui appartenait pas de procéder à une instruction et de recueillir les documents médicaux nécessaires mais à l'assuré, voire à ses médecins ou à ses mandataires, de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, au besoin par l'apport de rapports médicaux. En l'absence totale de tels documents médicaux, l'OAI était légitimé à refuser d'entrer en matière.

15. Par écriture du 24 juillet 2015, le recourant a allégué qu'au vu de la gravité des faits annoncés (tentative de suicide), il était manifeste que l'aggravation de son état de santé avait été rendue plausible.

A l'appui de sa position, il produit un rapport de son psychiatre traitant daté du 23 juillet 2015.

16. Par écriture du 30 juillet 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

L'intimé rappelle que l'assuré était représenté lorsqu'il a fait sa nouvelle demande et s'étonne dès lors qu'aucune pièce médicale n'ait été fournie à l'appui de celle-ci.

Il s'étonne également de la gravité de l'aggravation alléguée au vu de l'absence d'hospitalisation, de consultation médicale ou de rapports médicaux.

### **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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. 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 du recourant.
5. 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).
6. 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. A 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).

7. 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).

8. 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).

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

10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse - soit le 30 mars 2015 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 10 octobre 2013.

Force est de constater que jamais, avant sa réplique devant la Cour de céans, le recourant n'a produit le moindre rapport médical susceptible d'étayer une aggravation de son état, étant rappelé que jusqu'au 23 mars 2015, il n'avait pas même expliqué en quoi consistait l'aggravation invoquée.

Ce n'est que le 23 mars 2015 que son avocat a fait état d'un tentamen, là encore, sans fournir le moindre élément objectif à l'appui de ses allégations. Si tentamen il y a eu, il doit pourtant y avoir trace d'une hospitalisation qu'il aurait été aisé au mandataire de produire.

Quant à l'unique pièce médicale produite après la décision litigieuse, elle ne saurait être prise 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. Son examen se limite ainsi 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.

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

Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations s'il estime que les conditions en sont remplies, documents à l'appui.

**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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

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