

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1668/2013

ATAS/950/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2013

3<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GIROD Philippe

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1958, a travaillé en tant que manœuvre jusqu'au 20 juin 2005, date à laquelle il s'est retrouvé en arrêt de travail.
2. Le 4 septembre 2006, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), qui l'a rejetée par décision du 10 avril 2008.

La Cour de céans a rendu en date du 8 octobre 2009 un arrêt confirmant l'absence de pathologie invalidante chez l'assuré (ATAS/1252/2009).

3. Le 24 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI, par décision du 13 janvier 2011, a refusé d'entrer en matière au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis le dernier refus de prestations.

Le recours interjeté par l'assuré auprès de la Cour de céans a été déclaré irrecevable (ATAS/267/2011).

4. Le 20 août 2012, l'assuré a à nouveau déposé une nouvelle demande de prestations en produisant des certificats d'arrêt de travail.
5. Par courrier du 21 janvier 2013, l'OAI lui a adressé un projet de décision dont il ressortait qu'il s'apprêtait à refuser une nouvelle fois d'entrer en matière.
6. L'assuré a contesté ce projet par courrier du 12 février 2013, en adressant à l'OAI de nouveaux certificats d'arrêt de travail.
7. Par décision formelle du 16 mai 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière, faute d'éléments médicaux suffisants attestant d'une plausible aggravation de l'état de l'assuré.
8. Le 23 mai 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en alléguant que l'expertise réalisée en 2006 indique « assez bien » quels sont ses problèmes de santé, que ceux-ci ne se sont pas améliorés depuis lors, que ses médecins le jugent inapte au travail et qu'il ne sait comment se « sortir de cette impasse ».
9. Le 17 juin 2013, le recourant a complété son recours avec l'aide d'un conseil.

Il allègue qu'il est suivi depuis 2006 par "quatre médecins qui attestent d'une incapacité de travail de mois en mois" et demande l'audition des médecins en question et la mise sur pied d'une nouvelle expertise.

A l'appui de sa position, le recourant a produit :

- un courrier du Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, daté du 25 juin 2013, indiquant notamment qu'il suit l'assuré depuis avril 2008, que les prescriptions se limitent à des antalgiques ;

- une brève attestation du Dr O\_\_\_\_\_, médecin généraliste, datée du 21 juin 2013, attestant que l'assuré « souffre d'un ensemble de troubles de santé somatiques sous forme de douleurs chroniques, d'insomnie, d'anxiété et d'un état dépressif modéré à sévère difficile à se stabiliser malgré un traitement et un suivi psychiatrique régulier » (sic).

10. Invité à se déterminer, l'intimé, par courriers des 24 juin et 23 juillet 2013, a conclu au rejet du recours en faisant remarquer que le recourant ne produisait toujours aucun élément médical attestant d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations.
11. Le 29 août 2013, une audience de comparution personnelle a eu lieu, à laquelle ont participé le recourant, son conseil et un représentant de l'intimé.

Le recourant a une nouvelle fois demandé à la Cour d'entendre ses médecins et de mettre sur pied une expertise.

### **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 ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant. En d'autres termes, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé.

5. a) 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. 3 et 4 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. 3 et 4 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).

b) 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. 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).

c) L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 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 lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (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; ATF non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa).

d) 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; ATF 109 V 262 consid. 4a).

e) Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que 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), ne s'applique pas à la procédure de nouvelle demande. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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 au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références).

f) Enfin, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

6. En l'espèce et eu égard aux principes rappelés supra, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la dernière décision de refus de prestations – soit le 10 avril 2008 – à celle qui prévalait au moment de la décision contestée du 16 mai 2013.

Le 10 avril 2008, l'intimé a nié tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité au motif que le recourant ne présentait pas de pathologie invalidante.

Force est de constater que le recourant, dans sa nouvelle demande, n'a invoqué aucune nouvelle atteinte ou aggravation des atteintes déjà connues de l'intimé. En effet, il n'a produit à l'appui de sa demande que des certificats d'arrêt de travail ne donnant aucune indication médicale.

Ce n'est qu'au cours de la procédure devant la Cour de céans que le recourant, désormais assisté d'un avocat, a produit quelques documents un peu plus étayés, lesquels ne font cependant état ni de nouveaux diagnostics ni d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. Au demeurant, ainsi que cela a été rappelé supra, pour apprécier le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière contestée par le recourant, il convient de se replacer au moment où celle-ci a été rendue. Force est

de constater que l'intimé ne disposait alors d'aucun élément susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, de sorte que c'est à juste titre qu'il a refusé d'entrer en matière. Le recourant est dès lors invité à déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, accompagnée de tous documents utiles.

A cet égard, on relèvera que le fait que l'assuré n'ait pas été représenté au départ ne saurait le libérer de l'obligation qui était alors la sienne de rendre plausible l'aggravation invoquée. L'intimé lui a en effet clairement expliqué qu'il lui incombait de produire des documents médicaux attestant de ses dires. Qui plus est, il était possible au recourant de se faire représenter s'il ne se sentait pas capable de faire valoir utilement ses droits pour des raisons de santé ou d'ignorance juridique (cf. arrêt 9C\_660/2012 du 29 janvier 2013 consid. 3.3).

On ajoutera par ailleurs que l'intimé n'avait pas à investiguer d'office la question d'une éventuelle aggravation puisque, selon la jurisprudence, le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de nouvelle demande.

Quant à la demande d'expertise ou d'audition de témoins formulée par le recourant devant la Cour de céans, il n'y a pas lieu d'y donner suite. Une fois encore, le recourant oublie que, dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond, mais à lui de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé (cf. ATF 130 V 64).

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière. Par conséquent, le recours est rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'au Secrétariat d'Etat à l'économie par le greffe le