

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1987/2019

ATAS/1137/2019

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

**Arrêt du 10 décembre 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par le  
Service de protection de l'adulte

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1970, titulaire d'une licence en anglais obtenue en France en 1991, a travaillé en Suisse comme serveuse en dernier lieu, ce jusqu'en 2008, date à laquelle son premier enfant est né. Elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le 23 avril 2013, une demande de prestations AI. Elle a produit un rapport établi le 19 mars 2013, par le docteur B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel elle souffre d'une anorexie mentale évoluant depuis plus de quinze ans, et présente une incapacité de travail de 100% depuis le 7 novembre 2012, étant précisé que « tout sera possible si le poids se normalise ».
2. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique Belmont en psychiatrie du 28 mars au 12 avril 2013. La Clinique n'a cependant pas répondu aux demandes de renseignements de l'OAI.
3. Le 15 octobre 2013, le Dr B \_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il n'avait pas revu sa patiente depuis plusieurs mois.
4. Considérant que les renseignements médicaux à disposition étaient insuffisants pour pouvoir se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée, le médecin du service médical régional (ci-après : SMR) a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le docteur C \_\_\_\_\_, psychiatre, a ainsi été mandaté.

L'assurée ne s'est toutefois pas présentée aux rendez-vous fixés par l'expert les 3 avril et 30 mai 2014.

5. Dans une note du 3 octobre 2014, le médecin du SMR a constaté que « l'assurée ne s'est pas rendue aux rendez-vous pour l'expertise, sans aucune excuse. Elle n'est plus suivie par son médecin psychiatre traitant, alors qu'elle semble présenter une maladie psychiatrique grave. Il n'appartient pas au SMR de déterminer ce qui doit être fait suite à une sommation et absence de collaboration de l'assurée ; dans cette situation, il n'est pas exclu que l'assurée ne s'y soit pas rendue du fait de sa maladie psychique. Une enquête pour le statut de ménagère pourrait être faite afin de voir si l'assurée a des empêchements ménagers. Le dossier pourra être revu par la suite ».
6. Par décision du 8 décembre 2014, l'OAI a rejeté la demande.
7. Le 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande AI, alléguant souffrir de dépression et d'anorexie.

L'OAI a accusé réception de ladite demande et signalé à l'assurée qu'il avait besoin pour se prononcer de tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision.

Le 5 décembre 2018, un assistant social de l'Hospice général a adressé à l'OAI le formulaire intitulé « Informations complémentaires à la demande de prestations »,

---

dont il résulte que l'assurée est soutenue financièrement par l'Hospice général depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

8. Le 12 décembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision daté du 30 novembre 2018, projet selon lequel il a refusé d'entrer en matière.
9. Le 14 janvier 2019, le Service de protection de l'adulte - SPAd - a informé l'OAI de ce que, par ordonnance du 1<sup>er</sup> octobre 2018, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant avait institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée en faveur du SPAd.
10. Par courrier du 5 février 2019, l'OAI a attiré l'attention du SPAd sur le fait qu'il avait émis un projet de non entrée en matière, parce qu'aucun élément médical ne lui était parvenu, et lui a dès lors accordé un délai au 1<sup>er</sup> mars 2019 pour qu'il produise tout document utile postérieur à la décision du 8 décembre 2014.
11. Par décision du 5 avril 2019, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.
12. Le SPAd a interjeté recours le 23 mai 2019 contre ladite décision, au nom et pour le compte de l'assurée. Il explique que le seul rapport médical qu'il a pu obtenir est celui du docteur D \_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, daté du 15 janvier 2019, aux termes duquel l'assurée était suivie à la Consultation Ambulatoire d'Addictologie Psychiatrique du Grand-Pré (CAAP GrandPré) depuis le 15 novembre 2018 suite à une hospitalisation en lien avec une tentative de suicide. Il y est décrit un état dépressif majeur associé à un trouble mental et du comportement en lien avec la consommation d'alcool et de benzodiazépines, qui s'ajoute aux problèmes évoqués dans le cadre de la demande d'AI d'avril 2013. Le SPAd considère ainsi que la situation médicale de l'assurée s'est aggravée depuis 2013.

Il rappelle que depuis de nombreuses années, l'assurée présente des troubles qui impactent sa vie de manière non négligeable, notamment en rendant très difficile pour elle de se conformer à des rendez-vous et à un suivi médical. Sa tentative de suicide rend toute démarche encore plus difficile à effectuer, et peut être responsable d'un isolement socioaffectif. Il se demande si, dans ces conditions, il ne serait pas utile d'ordonner une expertise à domicile, sachant que ses curatrices étaient prêtes à soutenir activement l'assurée dans ses démarches.

Le SPAd conclut à ce qu'il soit constaté que l'assurée n'a en aucun cas refusé de manière inexcusable de collaborer à l'instruction de son dossier et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de poursuivre l'instruction de son dossier en lui accordant une nouvelle opportunité de se présenter aux rendez-vous médicaux qui lui seront fixés et cette fois-ci à Genève.

13. Dans sa réponse du 21 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère qu'il ne lui appartient pas de procéder à une instruction et de recueillir les documents médicaux nécessaires dans le cadre d'une demande de révision. En l'absence de document objectif produit par l'assurée, il était légitimé à rendre une décision de refus d'entrer en matière, dès lors qu'aucune aggravation plausible de

son état de santé n'a été prouvée. Il considère par ailleurs que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2019 ne doit pas être pris en compte dans le cadre du présent litige, la seule question litigieuse étant celle de savoir s'il était fondé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

14. Dans sa réplique du 17 juillet 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle se réfère à l'art. 43 al. 3 LPGA, selon lequel la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entraîne des sanctions qu'à la condition d'être inexcusable.
15. Dans sa duplique du 24 juillet 2019, l'OAI a répété qu'il appartenait à l'assurée, voire à son représentant, de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, et a maintenu sa position.
16. Ces écritures ont été transmises à l'assurée et la cause 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assurée le 1<sup>er</sup> octobre 2018.
5. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI -RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, 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).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

6. 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 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

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. 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 108 consid. 2b).

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 ; ATF 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 et les références).

7. 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. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).
8. 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 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).
9. En l'occurrence, se pose donc uniquement la question de savoir si l'assurée, au moment de la décision litigieuse, soit le 5 avril 2019, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 8 décembre 2014, date à laquelle l'OAI avait rejeté sa première demande du 23 avril 2013.
10. Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, l'assurée devait rendre plausible le fait que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente. Pour ce faire, il lui appartenait de transmettre à l'OAI des éléments médicaux permettant de dresser un bilan de son état de santé au jour du dépôt de sa nouvelle demande le 1<sup>er</sup> octobre 2018, et de se prononcer sur sa capacité de travail.

Il ressort des faits de la cause que l'OAI, par courrier du 4 octobre 2018, a dûment rendu l'assurée attentive à son obligation de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 8 décembre 2014 entrée en force. À cet effet, il lui a imparti un délai de trente jours pour produire des documents médicaux, précisant clairement que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. Or, l'assurée ne s'est pas manifestée, de sorte que l'OAI lui a communiqué son projet de décision du 30 novembre 2018. Le 5 février 2019, l'OAI a accordé au SPAd un nouveau délai au 1<sup>er</sup> mars 2019 pour déposer ses moyens de preuve. Sans nouvelles, il a rendu une décision de non entrée en matière le 5 avril 2019

L'OAI a ainsi offert, à l'assurée d'abord, puis au SPAd, la possibilité de lui apporter toute pièce utile afin de démontrer la survenance d'une aggravation. Or, ce n'est que dans le cadre du recours du 23 mai 2019 que le certificat du Dr D\_\_\_\_\_, pourtant daté du 15 janvier 2019, est produit, soit postérieurement à la décision. On ne saurait dès lors, au vu de la jurisprudence susmentionnée, en tenir compte.

11. Le SPAd se réfère à l'art. 43 al. 3 LPGA, selon lequel la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entraîne des sanctions qu'à la condition d'être inexcusable.

Il allègue à cet égard que les troubles dont souffre l'assurée rendent très difficile pour elle de se conformer à des rendez-vous et à un suivi médical.

Il est vrai que le médecin du SMR avait relevé ces difficultés, dans le cadre de la première demande déjà, déclarant à cet égard, dans sa note du 3 octobre 2014 qu'« il n'appartient pas au SMR de déterminer ce qui doit être fait suite à une sommation et absence de collaboration de l'assurée ; dans cette situation, il n'est pas exclu que l'assurée ne s'y soit pas rendue du fait de sa maladie psychique ».

Il y a toutefois lieu de constater qu'il appartenait au SPAd lui-même de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé, ce avant que soit rendue la décision litigieuse. Un délai au 1<sup>er</sup> mars 2019 lui avait été imparti, qu'il n'a pas utilisé.

Or, l'examen du juge dans le cadre de l'art. 87 al. 3 RAI est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Force dès lors est de constater que l'OAI était fondé à ne pas entrer en matière sur la demande du 1<sup>er</sup> octobre 2018. Aussi le recours est-il rejeté.

**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 l'assurée.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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