

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2514/2019

ATAS/63/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 janvier 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née le _____ 1977, en Suisse depuis le 12 mars 2008 et au bénéfice d'un permis d'établissement (ci-après : permis C) a commencé à travailler comme concierge et comme agent de propreté auprès de deux entreprises distinctes, dès les respectivement 1^{er} octobre 2008 et 13 décembre 2013.
2. Le 24 octobre 2016, l'assurée a formé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
3. Sur demande de ce dernier, les différents employeurs et médecins de l'assurée ont fourni des renseignements sur la situation professionnelle et médicale de celle-ci.
4. Par rapport du 9 octobre 2017, le médecin du service médical régional AI (ci-après : SMR) a retenu comme atteinte principale à la santé de l'assurée une insuffisance rénale lupique terminale, ayant nécessité deux greffes rénales en 1997 et 2003 et une reprise de l'hémodialyse depuis le mois d'avril 2015, ainsi qu'un canal carpien bilatéral, opéré à droite en mai 2016. La capacité de travail de l'intéressée était de 0 % dans l'activité habituelle depuis le 27 avril 2015, mais de 100 % dans une activité adaptée depuis décembre 2016, avec une baisse de rendement de 30 % afin de tenir compte de la nécessité de subir des hémodialyses trois fois par semaine. Les limitations fonctionnelles consistaient en une absence de travail physique, sans port de charge de plus de 5 kg ni de mouvements répétés de la main droite. Le travail d'agent de propreté n'était plus en adéquation avec les limitations fonctionnelles de l'assurée.
5. Dans ce contexte, l'assurée a été mise au bénéfice d'un processus de réadaptation professionnelle.

Selon le rapport final de l'OAI du 30 juillet 2018, elle y a toutefois mis un terme.

Dès le mois de janvier 2017, l'assurée avait décidé de prendre un troisième contrat de nettoyeuse auprès d'une nouvelle entreprise, de sorte qu'elle cumulait trois emplois auprès d'employeurs différents dans le domaine du nettoyage.

Son dossier a ainsi été clôturé.

6. Par décision du 25 septembre 2018, confirmant son projet du 9 août 2018, l'OAI a rejeté sa demande de rente.

Le statut d'assurée retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 80 % à ses activités professionnelles et pour les 20 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Au vu de l'évolution favorable de son état de santé, aucun empêchement dans la sphère du ménage n'était retenu. Ainsi, au 24 avril 2016, son degré d'invalidité était de 32 % pour la part professionnelle et de 0 % pour le ménage. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait toutefois pas le droit à la rente. En outre, dès le 1^{er} décembre 2016, le SMR avait estimé que sa

capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. Dans une telle activité, son invalidité serait de 0 %.

7. Le 22 mars 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Selon le formulaire y relatif, elle indiquait souffrir d'un lupus et d'une insuffisance rénale chronique, de sorte qu'elle était en hémodialyse depuis 2015. Elle était employée à 20 % par l'entreprise B _____ SA et à 15 % par l'entreprise C _____ SA pour effectuer du nettoyage.

8. Le 26 mars 2019, l'OAI en a accusé réception, indiquant qu'il considérait ladite demande comme nouvelle. Il attirait l'attention de l'assurée sur le fait qu'il lui appartenait de fournir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 25 septembre 2018, date de la dernière décision désormais entrée en force. Un délai de trente jours lui était imparti à cet effet.

9. Le 9 mai 2019, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, indiquant qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations. L'assurée n'ayant pas donné suite à son courrier du 26 mars 2019, il n'avait pas pu constater que sa situation professionnelle ou médicale s'était notablement modifiée.

10. Le 23 mai 2019, l'assurée a répondu qu'après avoir reçu le courrier du 26 mars 2019, une employée de l'OAI lui avait indiqué qu'il n'y avait plus rien à faire, sa demande ayant été refusée. Depuis le 22 avril 2019, elle était en arrêt maladie à 100 %, ayant beaucoup de douleurs à son bras droit. Son médecin projetait de l'opérer de la main droite. Elle devait également consulter prochainement un autre médecin car elle commençait à développer des symptômes d'une nouvelle maladie, la maladie de Raynaud. Elle perdait la sensibilité des doigts de la main et du pied gauches. Pour ces motifs, s'ajoutant au traitement d'hémodialyse, ses médecins et elle estimaient que le nettoyage n'était plus un travail convenable pour elle. Ainsi, elle demandait à bénéficier de mesures d'ordre professionnel ou, à défaut, d'une rente d'invalidité.

11. Par décision du 18 juin 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée du 22 mars 2019.

Son courrier du 23 mai 2019 n'apportait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier ses conclusions. Sa précédente demande de prestations ayant été rejetée en septembre 2018, la situation professionnelle ou médicale de l'intéressée devait s'être notablement modifiée afin qu'une entrée en matière soit possible. L'assurée n'ayant pas donné suite au courrier du 26 mars 2019, de telles modifications n'avaient pu être constatées.

12. Par acte du 2 juillet 2019, l'assurée, comparaisant en personne, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée.

Il était incompréhensible que l'intimé ait refusé d'entrer en matière sur sa demande de prestations sans l'avoir convoquée en entretien ou avoir effectué des examens complémentaires pour éclaircir ses doutes. Son médecin répondant du centre de dialyse pouvait attester de l'aggravation de son état de santé.

Elle produisait ainsi un courrier du docteur D_____, spécialiste FMH en néphrologie, du 24 juin 2019 indiquant que « cette patiente hémodialysée chronique présente une aggravation de son état de santé qui ne lui permet plus d'exercer son activité professionnelle depuis le 11 mars 2019. Elle présente en effet une atteinte complexe des membres supérieurs prédominant du côté droit :

- composante articulaire sur maladie lupique et insuffisance rénale chronique ;
- composante neurologique mixte sur polyneuropathie (liée à l'insuffisance rénale) et compression du nerf ulnaire droit dont la prise en charge chirurgicale est compromise en raison du risque hémorragique lié au réseau veineux collatéral qui s'est développé autour de la fistule artérioveineuse de dialyse qui se situe au pli du coude de même côté (NB : patiente déjà opérée d'un syndrome du tunnel carpien) ;
- une composante vasculaire vaso-spastique en cours d'investigation (phénomène de Raynaud) aggravé au niveau de la main droite par un possible vol vasculaire lié à la fistule de dialyse ».

13. Dans ses écritures responsives du 15 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision querellée dont il demandait la confirmation.

Au surplus, la recourante n'ayant pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle, une décision de refus d'entrer en matière lui avait été notifiée. Bien qu'elle produisait un courrier du Dr D_____ du 24 juin 2019, elle n'alléguait aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée. L'acte de recours ne comportait aucun exposé, ni des faits ni des motifs de recours, et aucune conclusion. En outre, la pièce produite ne devait pas être prise en considération, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

14. Sur ce, la cause a été gardée à juger, la recourante n'ayant pas exercé son droit à la réplique.

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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
3. L'objet du litige, déterminé par la décision du 18 juin 2019, porte uniquement sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 22 mars 2019.
4. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance 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'impuissance 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).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). 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).

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. 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral

9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 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 a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - 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 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; 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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

d. L'exigence relative au caractère plausible 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 (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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

e. 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).

5. 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 18 juin 2019 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 25 septembre 2018, date de la première décision désormais entrée en force.

Tel n'est pas le cas. Tandis que l'intimé l'a invitée à fournir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 25 septembre 2018, en lui impartissant un délai à cette fin, la recourante n'a pas réagi au pli du 26 mars 2019. En outre, dans son courrier du 23 mai 2019 faisant part de ses observations quant au projet de décision de l'intimé du 9 mai 2019, la recourante n'a pas davantage remis de pièces attestant de l'aggravation de son état de santé alléguée. Certes, elle en a décrit les conditions, sans toutefois remettre aucun document médical les attestant.

Par conséquent, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 22 mars 2019.

Au regard des principes susrappelés, les pièces médicales produites après la décision litigieuse, soit après le 18 juin 2019, ne sauraient être prises en compte pour procéder à l'évaluation de la situation.

Cela étant dit, conformément à la jurisprudence de la chambre de céans, le certificat médical du Dr D_____ du 24 juin 2019 produit dans le cadre de la procédure de recours doit être qualifié de nouvelle demande, qu'il appartiendra à l'intimé d'examiner dans les meilleurs délais (cf. ATAS/864/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7e et les références citées).

Dans ce cadre, il reviendra à la recourante de fournir toutes les pièces éventuellement requises par l'intimé afin d'établir sa situation. À cet égard, il est rappelé qu'il lui est possible de se faire représenter si elle ne se sent pas capable de faire valoir utilement ses droits pour des raisons de santé ou d'ignorance juridique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_660/2012 du 29 janvier 2013 consid. 3.3).

6. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

7. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

**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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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