

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/30/2020

ATAS/1253/2020

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

**Arrêt du 21 décembre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Suite au dépôt, en date du 29 mai 2002, d'une demande de prestations d'invalidité par Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente en date du 26 avril 2006, qui se fondait sur une expertise concluant à ce que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité, tant sur le plan psychique que somatique. L'assurée n'a pas fait recours contre ladite décision.
2. En date du 19 septembre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, se fondant sur un diabète qui existait depuis 1991, une arthrose et des rhumatismes, ainsi qu'une hernie discale, dont l'atteinte était estimée à huit ans.
3. Par courrier du 23 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'après examen du dossier, il apparaissait que le droit aux prestations que l'assurée sollicitait, avait déjà fait l'objet d'une décision en date du 26 avril 2006. Dès lors, il appartenait à l'assurée d'établir de façon plausible que son invalidité, son impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, s'était modifié de manière à influencer ses droits. Il était par conséquent demandé à l'assurée de transmettre à l'OAI tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, depuis la date de la dernière décision. Il était précisé qu'il serait utile qu'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, un diagnostic, une évolution, une capacité de travail dans une activité habituelle et dans une activité adaptée, des limitations fonctionnelles, soit produit. Un délai de 30 jours était fixé à l'assurée pour produire les documents médicaux, faute de quoi à l'échéance du délai, l'OAI se réservait le droit de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
4. L'assurée n'a pas réagi.
5. Par courrier du 28 octobre 2019, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière, rappelant que la précédente demande de l'assurée avait été rejetée par décision du 26 avril 2006, et spécifiant une nouvelle fois que pour entrer en matière, il fallait que la situation professionnelle ou médicale se soit notablement modifiée, ce qu'il n'avait pas pu être établi dès lors que l'assurée n'avait pas donné suite au courrier de l'OAI et que de telles modifications n'avaient pas pu être constatées.
6. L'assurée ne s'est pas manifestée.
7. En date du 9 décembre 2019, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, considérant que depuis la précédente demande de prestations de l'assurée, qui avait été rejetée en date du 26 avril 2006, la situation professionnelle ou médicale devait s'être notablement modifiée. Or, l'assurée n'ayant pas donné suite au courrier de l'OAI, ce dernier n'avait pas pu constater de telles modifications et par conséquent ne pouvait pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

8. Par courrier du 3 janvier 2020, l'assurée a réagi auprès de l'OAI à la décision du 9 décembre 2019. Elle annexait à son courrier une attestation de son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, généraliste, datée du 2 janvier 2020, et divers certificats médicaux afin que l'OAI puisse traiter son dossier en connaissance de cause et ajoutait que, comme on pouvait le constater, sa santé s'était nettement dégradée depuis sa première demande de prestations d'invalidité et ne va pas en s'améliorant. Elle demandait à l'OAI de prendre note des pièces médicales annexées et disait rester à son entière disposition.
9. L'OAI a communiqué le recours à la chambre de céans.
10. Par courrier du 27 janvier 2020, l'OAI a répondu au recours, rappelant que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que si l'assurée rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'intimé considérait que la recourante n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle, et n'avait apporté ou produit aucun élément nouveau à l'appui de sa demande du 19 septembre 2019, ou suite à la réception du courrier du 23 septembre 2019 ou du projet de décision du 28 octobre 2019. L'OAI relevait encore que dans son écriture de recours très succincte, la recourante ne relevait aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée, n'exposer ni les faits, ni les motifs de recours, et ne prendre aucune conclusion. Enfin, l'OAI relevait que les pièces annexées au recours de l'assurée ne pouvaient pas être prises en compte, car produites postérieurement à la décision de refus d'entrer en matière.
11. Par courrier du 10 février 2020, la recourante a transmis à la chambre de céans des copies des rapports qu'elle avait communiqués en annexe de son courrier du 3 janvier 2020, ainsi qu'un nouveau rapport médical de son médecin traitant daté du 30 janvier 2020. Elle a complété cette production par l'envoi d'autres rapports médicaux reçus de son médecin traitant, qui ont été transmis à la chambre de céans, en annexe un courrier du 29 mai 2020.
12. Par courrier du 9 juin 2020, l'OAI a répété que les rapports transmis après que l'administration ait rendu sa décision ne pouvaient pas être soumis à l'examen du juge des assurances sociales et ne devait donc pas être pris en considération dans le cadre du présent litige. L'intimé répétait qu'il concluait au rejet du recours.
13. Par courrier du 28 juin 2020, la recourante s'est étonnée du fait que l'OAI ne tienne pas compte des rapports qui avaient été transmis dans le cadre de la procédure de recours.
14. Sur ce, la cause a été 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. La question litigieuse consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante.
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), 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'assurée 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 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assurée se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assurée 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'assurée 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 al. 4 RAI et que l'assurée 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 p. 114).

5. 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 p. 68 s.). 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<sup>er</sup> janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assurée 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. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). 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 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). 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 (ATF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).
6. En l'espèce, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, treize ans après que sa précédente demande ait été refusée par l'OAI et n'a joint aucun certificat médical rendant plausible l'aggravation de son état de santé et ceci malgré un courrier de l'intimé lui indiquant clairement la marche à suivre et lui fixant un délai, ainsi qu'un préavis négatif qui lui permettait encore de communiquer les pièces utiles à sa demande avant qu'un refus d'entrer en matière ne lui soit notifié.

Partant, la chambre de céans considère comme établi que la recourante a été correctement informée par l'intimé.

La recourante n'a pas donné suite aux avertissements de l'OAI avant que l'intimé ne rende une décision de refus d'entrer en matière ; ce n'est qu'à ce moment qu'elle a transmis – dans le cadre de la procédure de recours – une attestation de son médecin généraliste, le Dr B\_\_\_\_\_, faisant état de diverses pathologies, suivi d'un rapport médical du même médecin daté du 30 janvier 2020.

La recourante ne fait valoir aucun argument à l'appui de son recours pour expliquer les raisons pour lesquelles elle n'a pas transmis à l'intimé les pièces médicales utiles au traitement de sa demande du 19 septembre 2019.

Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la chambre de céans ne peut examiner la situation que d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. En l'absence de certificats médicaux ou, a minima, d'allégations rendant plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante, la décision de refus d'entrer en matière est justifiée.

7. Partant, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
8. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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