

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4177/2023

ATAS/721/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 septembre 2024**

**Chambre 2**

En la cause

A\_\_\_\_\_ B\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Aliénor WINIGER, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Anny  
FAVRE, juges assesseures.**

---

## **EN FAIT**

**A. a.** Le 17 mai 2004, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1966, alors célibataire, ressortissante brésilienne titulaire d'une autorisation de séjour, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, plus précisément de moyens auxiliaires consistant en une perruque, en raison d'une « perte des cheveux par plaques ».

**b.** Le dossier ne montre pas qu'un droit à ce moyen auxiliaire ait été reconnu à l'intéressée.

**B. a.** Le 6 octobre 2010, l'assurée, mariée depuis avril 2010 avec un ressortissant suisse et portant – dès une date ultérieure – le nom de famille de celui-ci, B\_\_\_\_\_, a déposé une demande de prestations AI pour adultes, plus précisément « mesures pour une réadaptation professionnelle », en raison d'une fracture du sacrum, accident survenu en mars (recte : février) 2010.

**b.** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a reçu plusieurs renseignements et rapports médicaux.

En faisaient partie les mesures d'instruction mises en œuvre par l'assureur-accidents et assureur perte de gain SWICA Organisation de santé (ci-après : SWICA).

Dans ce cadre, le docteur C\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a rendu le 13 juin 2013 un rapport d'expertise retenant un syndrome douloureux pelvien chronique, idiopathique, sans relation de causalité naturelle avec l'événement du 26 février 2010 depuis une IRM lombo-sacrée du 17 août 2010 et compatible avec une douleur somatoforme, la capacité de travail étant entière au plan somatique.

Toujours à la demande de SWICA, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale, et F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, de la clinique G\_\_\_\_\_ à Genève, qui ont rendu leur rapport d'expertise le 26 mars 2014. Selon eux, les « limitations somatiques » étaient la « station assise prolongée » et la « conduite d'un véhicule professionnel ou conduite automobile prolongée », mais, « en l'absence de diagnostic retenu au niveau de la sphère psychiatrique », il n'y avait « aucune limitation des fonctions psychiques ». Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail relevant d'une maladie, mais une incapacité de travail de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2010 en lien avec l'accident, mais de 0% et sans baisse de rendement dès le jour de l'expertise, soit à compter du 17 janvier 2014.

**c.** Dans un rapport du 28 janvier 2015, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a considéré le rapport d'expertise de G\_\_\_\_\_ comme convaincant et a suivi ses conclusions. Les experts D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et

F\_\_\_\_\_ retenaient les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail au jour de l'expertise, suivants : - lésion du nerf pudendal, en cours de rémission depuis une opération du 14 novembre 2012 malgré quelques douleurs en position assise prolongée et lors de la conduite automobile prolongée, objet des limitations fonctionnelles retenues (avec la précision qu'une amélioration des douleurs pouvait être attendue jusqu'à deux ans après l'opération) ; - contusion du coccyx dont l'évolution s'était faite vers la guérison et qui n'entraînait plus de signes cliniques ; - hernie discale L5-S1 d'origine dégénérative, sans syndrome radiculaire et sans limitations fonctionnelles ; aucune atteinte à la santé n'était retenue par les experts dans les sphères gynécologique, proctologique et psychiatrique. Selon le SMR, les experts estimaient que la lésion nerveuse du plexus sacré avait justifié une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de serveuse, du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 17 janvier 2014, mais, toujours d'après le SMR, dans une activité adaptée sédentaire, sans position assise prolongée, sans port de charge ni déplacements en terrain accidenté, la capacité de travail avait toujours été entière sans diminution de rendement, hormis durant les quatre mois opératoires du 14 novembre 2012 au 14 mars 2013.

**d.** Par décision du 4 mai 2015 – confirmant un projet de décision du 27 février 2015 non contesté –, l'OAI a retenu pour l'assurée le statut de personne active à 100% et a considéré que, dans une activité adaptée, elle présentait déjà une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2010. Dans le cadre de la comparaison des revenus en 2010 – basée sur un document « détermination du degré d'invalidité » établi le 29 janvier 2015 –, il a retenu un revenu sans invalidité de CHF 52'000.- et un revenu avec invalidité de CHF 52'728.- sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, tableau TA1, activité de niveau 4, à savoir « activité répétitive sans besoin de formation », d'où une absence de degré d'invalidité, ce qui excluait le droit à une rente et à un reclassement. L'office a refusé le droit à une rente et/ou à des mesures professionnelles.

Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

- C.**
- a.** Par courrier du 16 mars 2018, reçu le 20 mars suivant, l'assurée a demandé à l'OAI que son dossier soit rouvert en raison de nouvelles informations récentes au sujet de son état de santé, lequel l'empêchait de pouvoir travailler et entravait complètement sa vie sociale et familiale.
  - b.** Elle n'a pas répondu à une lettre du 20 mars 2018 de l'office qui lui avait imparté un délai de 30 jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la date de sa dernière décision, soit depuis le 4 mai 2015.
  - c.** Par décision du 12 juin 2018 – confirmant un projet de décision du 2 mai 2018 –, l'OAI, se référant à cette nouvelle demande de prestations AI du « 20 février 2018 » (recte : 16 mars 2018), n'est pas entré en matière sur celle-ci,

en l'absence de modification rendue plausible de l'état de santé de l'intéressée susceptible de changer son droit aux prestations.

- D.**
- a.** Le 24 août 2023, l'assurée a adressé à l'office, sur formulaire, une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une incapacité de travail à 100% depuis le 26 février 2010, l'atteinte à la santé, existante dès cette même date, étant décrite comme « fracture au coccyx – atteinte du nerf pudendal - douleurs chroniques. Difficulté à me déplacer pendant les crises qui peuvent durer entre 2 jours et 2 semaines minimum ». À la fin de cette demande AI, sous « remarques complémentaires », était écrit : « J'ai pris du temps pour formuler une demande AI, parce que j'ai pensé pouvoir retourner au monde du travail. Mon assurance-accidents a continué à verser mon indemnité jusqu'au mois de mars 2020 ».
  - b.** Le 25 août 2023, l'OAI a écrit à l'intéressée que sa demande ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que son état de santé s'était dégradé depuis la décision du 4 mai 2015 et l'a invitée à lui adresser, dans un délai de 30 jours, des documents médicaux circonstanciés décrivant l'évolution de son état de santé depuis 2015, faute de quoi elle recevrait un projet de décision indiquant qu'il ne pouvait pas être entré en matière sur sa nouvelle demande.
  - c.** Le 29 août 2023, l'office a reçu plusieurs certificats d'incapacité de travail de 100% pour cause d'accident émis par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, en particulier viscérale, au sein d'un hôpital vaudois, pour des périodes comprises entre janvier 2013 et août 2020, un certificat d'incapacité de travail pour cause de maladie établi le 11 octobre 2015 par le service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour la période du 7 octobre au 7 novembre 2015, ainsi que des décomptes d'indemnités journalières établis par SWICA et une copie d'extrait de l'acte de mariage.
  - d.** Par projet de décision du 31 août 2023, il a envisagé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI du 24 août 2023, l'examen des documents produits dans le cadre de cette dernière demande ne mettant pas en évidence un changement qui serait survenu depuis la décision initiale (NDR : celle du 4 mai 2015). Avant de notifier la décision munie des moyens de droit, il était donné à l'assurée la possibilité d'apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement, ses objections.
  - e.** Aucune réaction de la part de l'intéressée ne figure au dossier de l'office.
  - f.** Par décision du 13 novembre 2023, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande AI déposée le 24 août 2023, pour les mêmes motifs que selon le projet de décision du 31 août 2023.
- E.**
- a.** Par acte du 13 décembre 2023, signé par une avocate nouvellement constituée, l'assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre la décision du 13 novembre 2023 précitée, concluant,

préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter le recours et à l'ouverture d'enquêtes (avec audition des parties, voire de témoins), au fond, à l'annulation de ladite décision et, cela fait, principalement à l'octroi des prestations légales de l'AI fondées sur un taux d'invalidité de 100%, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour entrée en matière sur sa demande AI du 24 août 2023.

Étaient notamment produites une lettre de neuf pages qu'elle alléguait avoir adressée le 22 septembre 2023 à l'intimé, de même qu'une copie de courrier du 12 décembre 2023 de l'avocate demandant aux HUG de lui transmettre tous les rapports médicaux concernant le suivi de l'intéressée par eux depuis 2018.

**b.** Par son complément de recours 31 janvier 2024, la recourante a, notamment, fait grief à l'office de ne pas lui avoir imparti un délai suffisant pour produire des pièces et rapports complémentaires mais de lui avoir notifié son projet de refus d'entrée en matière seulement sept jours après le dépôt de sa demande AI.

**c.** Le 1<sup>er</sup> février 2024, elle a déposé au greffe de la chambre de céans un rapport de « consultation ambulatoire initiale – chirurgie colorectale » établi le 22 octobre 2023 par le professeur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au service de chirurgie viscérale des HUG.

**d.** Par réponse du 19 février 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, exposant qu'il n'avait jamais reçu le courrier du 22 septembre 2023 susmentionné et que l'aggravation alléguée dans la dernière demande AI du 24 août 2023 n'avait pas été rendue plausible.

Était annexé un avis du 15 février 2024 du SMR, laissant le soin à l'OAI de la suite à donner à ce dossier.

**e.** Le 12 avril 2024, la recourante a allégué avoir reçu d'un collaborateur de l'intimé, Monsieur J\_\_\_\_\_, la confirmation au téléphone de la réception par l'office de son courrier du 22 septembre 2023, et a sollicité l'audition de ce collaborateur en qualité de témoin.

**f.** À la suite d'une convocation par la chambre des assurances sociales à une audience prévue le 28 mai 2024, M. J\_\_\_\_\_ a écrit le 2 mai 2024 à celle-ci qu'il ne se souvenait pas avoir eu un entretien téléphonique avec l'assurée, d'autant moins qu'il n'avait mis aucune note téléphonique dans son dossier.

**g.** Par pli du 3 mai 2024, l'office a considéré la tenue d'une audience d'audition de témoins comme superflue.

**h.** Par écriture du 8 mai 2024, la recourante a renoncé à l'audition du témoin susmentionné ainsi qu'à la sienne propre (qui aurait concerné son parcours médical depuis 2015), et elle a produit des rapports médicaux mentionnés selon elle dans ladite lettre du 22 septembre 2023 et concernant selon elle sa demande AI du 24 août 2023.

**i.** Par écrit du 30 mai 2024, l'intimé a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler, si ce n'était qu'il était loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande AI « au vu des pièces médicales désormais disponibles ».

**j.** Le 3 juin 2024, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger en l'état du dossier.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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 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.

**1.2** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

**1.3** Interjeté dans la forme et le délai – de 30 jours – prévus par la loi, le recours est recevable sous ces angles (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

### **2.** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité – et *a fortiori* à des mesures professionnelles – naîtrait au plus tôt en 2024, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée à fin août 2023 (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux

prestations), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022).

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit ou non de refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande AI déposée le 24 août 2023 par la recourante.

4.

**4.1** 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'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).

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 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 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).

**4.2** 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 du 7 juillet 2023 consid. 3 ; 8C\_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1). Si la modification déterminante pour le droit est rendue plausible, l'administration est tenue d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et de l'examiner globalement en fait et en droit ; elle doit donc procéder de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 3.1 ; cf. à ce sujet ATF 130 V 71).

Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 précité consid. 3 ; 8C\_619/2022 précité consid. 5.1).

**4.3** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 - actuellement 2 et 3 - RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 3.2 et les références). 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 (art. 43 al. 3 LPG 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'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 ainsi que 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 3.2 ; 8C\_880/2017 précité consid. 5.1 ; 8C\_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2).

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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 précité consid. 3 ; 9C\_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 ; I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; 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).

## 5.

**5.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**5.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) et par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4).

Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références ; 138 V 218 consid. 6).

**5.3** Par ailleurs, selon l'art. 46 LPG, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants.

Cette disposition traite de l'obligation faite aux assureurs sociaux de tenir un dossier complet pour chaque assuré. Cette obligation vise à garantir le droit d'être entendu de l'assuré (ATAS/914/2023 du 24 novembre 2023 consid. 3.4). Le devoir d'enregistrer tous les documents exige de l'assureur une documentation complète et systématique. Les documents doivent être classés par ordre chronologique et, au plus tard lors de la décision, numérotés avec si possible une liste des pièces et leur intitulé. Par « documents », il faut entendre toute information déterminante, indépendamment de son support: il ne s'agit donc pas seulement de courriers ou de colis, mais également des dossiers électroniques. Est donc compris dans la notion de documents tout ce qui concerne l'affaire. Les

courriers électroniques et les comptes rendus des entretiens téléphoniques font également partie des documents, selon l'art. 46 LPGA (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_329/2016 du 19 août 2016 consid. 4.2 ; Guy LONGCHAMP, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 11 à 14 ad art. 46 LPGA).

Lorsqu'un assureur ne respecte pas cette disposition, le fardeau de la preuve peut être renversé. Cela joue un rôle particulièrement important lorsqu'il y a lieu de déterminer si une partie a agi dans les délais. Pour qu'il y ait renversement du fardeau de la preuve en cas de violation de l'art. 46 LPGA, il faut que la violation soit la cause de l'impossibilité de fournir une preuve (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_329/2016 précité consid. 4.2 ; 9C\_207/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.2 ; Guy LONGCHAMP, *op. cit.*, n. 18 ad art. 46 LPGA). L'inversion du fardeau de la preuve n'est pas envisageable lorsqu'un assuré prétend avoir adressé à l'assureur un courrier mais qu'il n'est pas en mesure de l'attester. Il n'y a donc pas une violation de l'obligation de gérer les documents de manière systématique si l'assuré constate simplement qu'un courrier qu'il prétend avoir adressé ne figure pas au dossier. Encore faut-il qu'il apporte des éléments concrets de ce qu'il avance, comme en particulier la preuve de l'envoi recommandé adressé, voire à défaut un récépissé ou une autre preuve de dépôt de courrier à la poste, avec une copie du courrier concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_329/2016 précité consid. 3 ; ATAS/914/2023 précité consid. 3.4 ; Guy LONGCHAMP, *op. cit.*, n. 20 ad art. 46 LPGA).

**5.4** Va aussi dans le même sens la jurisprudence en matière d'assurance-chômage citée ci-après, dont on peut s'inspirer par analogie.

Malgré les pertes de documents pouvant se produire dans toute administration, la jurisprudence a presque toujours indiqué que les assurés supportaient les conséquences de l'absence de preuve en ce qui concerne et la remise de la liste des recherches d'emploi. Le fait que des allégations relatives à la remise des justificatifs de recherches d'emploi (ou relatives à la date de celle-ci) soient plausibles ne suffit pas à démontrer une remise effective des justificatifs (ou une remise à temps). Une preuve fondée sur des éléments matériels est nécessaire (ATF 145 V 90 consid. 3.2 et les références).

## 6.

**6.1** En l'espèce, dans le dossier tenu par l'office et transmis à la chambre de céans, les seuls documents nouveaux par rapport à ceux produits antérieurement par l'assurée sont les certificats d'incapacité de travail de 100% pour cause d'accident émis par le Dr H\_\_\_\_\_, qui l'a suivie pendant de nombreuses années, pour des périodes comprises entre janvier 2013 et août 2020, de même que le certificat d'incapacité de travail pour cause de maladie établi le 11 octobre 2015 par le service de gynécologie des HUG pour la période du 7 octobre au 7 novembre 2015.

Ces documents, non motivés, ne sont aucunement susceptibles de rendre plausible que son état de santé et donc l'invalidité se seraient aggravés depuis le prononcé de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance, rendue par l'OAI, à savoir depuis le 4 mai 2015.

**6.2** Reste la question des nouveaux éléments d'ordre médical présentés par l'assurée dès le dépôt de son recours devant la chambre des assurances sociales.

**6.2.1** Pour la première fois par rapport au dossier tel que tenu par l'intimé, la recourante a, avec son recours, présenté la lettre qu'elle aurait adressée le 22 septembre 2023 audit assureur social, à l'attention de M. J\_\_\_\_\_. À partir du milieu de la sixième page de ce courrier, elle décrit des problèmes médicaux qui pourraient le cas échéant correspondre à une péjoration de son état de santé en comparaison avec celui au 4 mai 2015 (douleurs devenues intenses dans son bras droit en 2018, douleurs à la nuque et à la tête devenues intenses dès 2019, pneumonie en décembre 2019, ostéoporose diagnostiquée en 2021, etc.).

Par ailleurs, dans son complément de recours, l'assurée soutient avoir apporté la preuve que l'assureur-accidents, « qui avait mandaté l'expertise médicale », était entré en matière en 2017 à la suite d'une péjoration de son état de santé, ce qu'il n'aurait pas fait si des éléments médicaux postérieurs n'avaient pas permis de le faire.

Le lendemain du dépôt de son complément de recours, donc le 1<sup>er</sup> février 2024, l'intéressée a déposé le rapport de « consultation ambulatoire initiale – chirurgie colorectale » établi le 22 octobre 2023 par le Pr I\_\_\_\_\_, le « motif de la consultation » étant « relais de prise en charge d'une douleur pelvi-périnéale chronique ».

Dans son avis du 15 février 2024, le SMR décrit le contenu de ce rapport du 22 octobre 2023 du Pr I\_\_\_\_\_, puis le contenu de la lettre de l'assurée du 22 septembre 2023. Selon lui, celle-ci annonce, mais sans documents médicaux à l'appui, avoir été opérée d'une endométriose en 2015 et d'une hernie discale cervicale en 2019 ; ces deux atteintes n'étaient pas connues antérieurement et peuvent entraîner de nouvelles limitations fonctionnelles. Le SMR conclut : « Dans le contexte du recours, nous vous laissons le soin de la suite à donner à ce dossier ».

Le 8 mai 2024, la recourante a produit plusieurs nouveaux rapports médicaux, postérieurs au 4 mai 2015.

Par écrit du 30 mai 2024, l'intimé a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler, si ce n'est qu'il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande AI « au vu des pièces médicales désormais disponibles ».

**6.2.2** Il n'est en l'état pas exclu que les nouveaux éléments postérieurs au 4 mai 2015 et présentés par la recourante seulement à partir du dépôt de son recours

rendraient le cas échéant plausible que son invalidité se serait aggravée depuis le prononcé de la dernière décision entrée en force.

Toutefois, lorsque les exigences incombant à l'OAI à la suite d'une nouvelle demande AI concernant la fixation à la personne assurée d'un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission – telles que précisées plus haut – sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (cf. jurisprudence citée plus haut). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative (telles que se présentant au moment où l'administration a statué) 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).

Il doit donc être déterminé ci-après, d'une part, si, avant le prononcé de la décision querellée, l'intimé a ou non respecté lesdites exigences lui incombant à la suite de la nouvelle demande AI concernant la fixation à la recourante d'un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission, d'autre part, si l'intéressée démontre, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, avoir remis à l'office sa lettre datée du 22 septembre 2023, donc dans le délai de 30 jours imparti pour formuler des objections contre le projet de décision du 31 août 2023.

Il est précisé que ce courrier du 22 septembre 2023 n'était pas accompagné de pièces, de sorte que le caractère éventuellement plausible d'une aggravation ne pourrait être tranché que suivant le contenu et la portée de ladite lettre, à moins qu'il puisse être considéré qu'à la suite de la réception de celle-ci – si tant est qu'elle soit établie –, l'office aurait dû, conformément par exemple au devoir d'information ou au principe de la bonne foi, interpeler l'assurée pour qu'elle produise les rapports médicaux mentionnés dans la lettre.

**6.2.3** S'agissant tout d'abord de la question des exigences incombant à l'intimé à la suite de la nouvelle demande AI, la recourante fait grief à l'office de ne pas lui avoir imparti un délai suffisant pour produire des pièces et rapports complémentaires et de lui avoir notifié son projet de refus d'entrée en matière seulement sept jours (« quasi immédiatement ») après le dépôt de sa demande AI.

Cela étant, par sa lettre du 25 août 2023, l'OAI a écrit à l'intéressée que sa demande ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que son état de santé s'était dégradé depuis la décision du 4 mai 2015 et l'a invitée à lui adresser dans un délai de 30 jours des documents médicaux circonstanciés décrivant l'évolution de son état de santé depuis 2015, faute de quoi elle recevrait un projet de décision indiquant qu'il ne pouvait pas être entré en matière sur sa nouvelle demande.

L'office a ainsi, ce 25 août 2023, imparti un délai raisonnable à l'assurée pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'il n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où elle ne se plierait pas à ses injonctions, conformément à la jurisprudence citée plus haut.

La recourante a donné une suite à cette injonction de l'intimé, puisqu'elle a produit le 29 août 2023, au plan médical, plusieurs certificats d'incapacité de travail de 100% pour cause d'accident émis par le Dr H\_\_\_\_\_, pour des périodes comprises entre janvier 2013 et août 2020, ainsi que le certificat d'incapacité de travail pour cause de maladie établi le 11 octobre 2015 par le service de gynécologie des HUG pour la période du 7 octobre au 7 novembre 2015. Elle n'a toutefois pas précisé d'une quelconque manière qu'elle aurait d'autres documents d'ordre médical à remettre.

Il semble ainsi qu'à réception de ces documents, l'OAI a compris que l'intéressée avait présenté l'entier des pièces qu'elle comptait invoquer, et il lui a dès lors adressé le projet de décision du 31 août 2023, préavis au sens de l'art. 57a al. 1 LAI, incluant la précision qu'avant de notifier la décision munie des moyens de droit, il était donné à l'assurée la possibilité d'apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement, ses objections, en application des art. 57a al. 3 LAI et 73ter al. 2 RAI.

L'intimé n'ayant, à teneur de son dossier, reçu aucune observation ou pièce de la part de la recourante dans ce délai de 30 jours fixé par le préavis, et considérant l'instruction de la nouvelle demande AI achevée, il a rendu la décision du 13 novembre 2023, selon l'art. 74 al. RAI.

La question pourrait se poser de savoir si l'office était légitimé à comprendre, à réception des pièces déposées le 29 août 2023 par l'intéressée, que celle-ci avait produit l'entier des documents médicaux dont elle entendait se prévaloir, étant donné qu'il restait encore de nombreux jours à l'intérieur du délai de 30 jours fixé par la lettre du 25 août 2023.

Quoi qu'il en soit, dans les présentes circonstances particulières, il y a lieu de considérer que l'assurée a eu, de manière suffisante vu le délai de 30 jours octroyé par le projet de décision (préavis) du 31 août 2023 et même le fait que la décision querellée a été prononcée plus de deux mois après cette date (soit le 13 novembre 2023), l'opportunité de compléter sa remise de pièces médicales du 29 août 2023 par la production de nouvelles pièces et de formuler par des observations ou oralement les motifs selon elle pertinents rendant plausible une aggravation de son état de santé et de l'invalidité, ce qu'elle n'a pas fait à teneur du dossier de l'OAI sous réserve que l'envoi de sa lettre du 22 septembre 2023 soit établi, ce qui sera examiné plus bas.

Dans ces conditions, un non-respect par l'intimé des exigences lui incombant à la suite de la nouvelle demande AI, concernant la fixation d'un délai de remise de

pièces et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission, ne peut pas être retenu.

**6.2.4** Pour ce qui est ensuite de la question de la preuve ou non de la remise par l'intéressée à l'office de sa lettre datée du 22 septembre 2023, soit dans le délai de 30 jours imparti pour formuler des objections contre le projet de décision du 31 août 2023, l'intimé indique, dans sa réponse au recours, ne jamais avoir reçu cette lettre.

Dans sa réplique du 12 avril 2024, la recourante admet ne pas être en mesure de retrouver des éléments permettant d'attester formellement du dépôt à la poste dudit courrier du 22 septembre 2023, mais elle allègue qu'après l'envoi de celui-ci, elle a eu au téléphone M. J\_\_\_\_\_, collaborateur de l'OAI, « lequel lui aurait confirmé la réception du courrier, mais indiqué que celui-ci n'était pas ce qui était attendu, sans expliquer à [l'assurée] ce qui l'était ». Selon l'intéressée, « dès lors, la réception de ce courrier par [l'OAI] ne faisait aucun doute. C'est d'ailleurs en raison de ces échanges que la procédure d'audition a été longue ».

Ayant été convoqué à une audience en qualité de témoin à la demande de la recourante, M. J\_\_\_\_\_ écrit le 2 mai 2024 à la chambre de céans qu'il ne se souvient pas avoir eu un entretien téléphonique avec l'assurée, d'autant moins qu'il est en charge du suivi d'un très grand nombre de dossier avec comme conséquence qu'il est incapable de se rappeler le contenu de chaque entretien, et d'autant moins également qu'il n'a mis aucune note téléphonique dans son dossier concernant l'intéressée, ce qu'il ne fait en principe que si les renseignements transmis lui paraissent pertinents pour la procédure administrative.

Dans son écriture du 3 mai 2024, l'intimé rappelle entre autres des principes relatifs au fardeau de la preuve.

Dans son écriture du 8 mai 2024, la recourante renonce à la tenue d'une audience, n'apporte aucun élément nouveau – factuel ou juridique – à l'appui de la preuve d'un envoi de sa lettre du 22 septembre 2023 à l'office, et – à la demande de la chambre des assurances sociales – produit les rapports médicaux mentionnés dans ledit courrier.

Cela étant, d'une part, rien ne permet de supposer que le dossier tenu par l'OAI (cf. art. 46 LPGa) aurait pu être incomplet.

D'autre part, la recourante n'apporte aucun élément concret, par exemple par une preuve d'un pli recommandé ou même simple prouvé par témoins, du prétendu envoi de sa lettre du 22 septembre 2023. Elle échoue à prouver son allégation selon laquelle elle aurait reçu d'un collaborateur de l'intimé, Monsieur J\_\_\_\_\_, la confirmation au téléphone de la réception par l'office de son courrier du 22 septembre 2023. En effet, ce collaborateur de l'OAI écrit ne pas s'en souvenir, et, au demeurant, cette allégation de l'assurée est vague, sans précision notamment quant aux circonstances du téléphone et à sa date, et ne repose sur aucun indice concret. Enfin, le fait que l'OAI a attendu jusqu'au 13 novembre 2023 pour rendre

sa décision ne constitue pas un indice en faveur d'un envoi du courrier du 22 septembre 2023.

Partant, l'intéressée supporte les conséquences de l'absence de preuve de l'envoi allégué de sa lettre du 22 septembre 2023 à l'office, envoi qui ne peut dès lors pas être considéré comme établi au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante.

**6.3** En définitive, en l'absence de reproche fondé de violation par l'OAI des exigences lui incombant à la suite de la nouvelle demande AI et faute de preuve de l'envoi de la lettre du 22 septembre 2023, il ne peut être tenu compte ni de ladite lettre ni des pièces produites le 8 mai 2024, car postérieures à la décision litigieuse.

En conséquence, la décision du 13 novembre 2023, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI déposée le 24 août 2023, est conforme au droit.

## 7.

**7.1** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**7.2** Néanmoins, du fait qu'il n'est en l'état pas exclu que les nouveaux éléments postérieurs au 4 mai 2015 présentés par la recourante seulement à partir du dépôt de son recours (lettre du 22 septembre 2023 et rapports médicaux produits le 8 mai 2024) puissent le cas échéant rendre plausible une aggravation de l'invalidité au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI depuis le prononcé de la dernière décision entrée en force, il convient, compte tenu des circonstances particulières, de considérer qu'elle a déposé une nouvelle demande de prestations AI durant la présente procédure de recours. La date de dépôt de cette demande ne peut être considérée comme étant le moment du dépôt de son recours ; en effet, son courrier du 22 septembre 2023 ne contient que des indications insuffisamment étayées, de même que son recours et son complément de recours, alors qu'elle savait que les documents médicaux produits jusqu'à présent étaient selon l'office insuffisants ; en outre, le rapport du 22 octobre 2023 du service de chirurgie viscérale des HUG, produit le 1<sup>er</sup> février 2024, ne serait manifestement pas à lui seul suffisant pour rendre plausible une péjoration. La date considérée comme étant celle du dépôt de la nouvelle demande AI sera donc le 10 mai 2024, date de réception par la chambre de céans de l'écriture du 8 mai 2024 et des pièces annexées.

La cause sera donc renvoyée à l'intimé afin qu'il traite comme une nouvelle demande de prestations AI, déposée le 10 mai 2024, les nouvelles pièces produites en procédure de recours par la recourante et que, après avoir donné un délai à celle-ci pour s'exprimer, détermine si elles rendent ou non plausible une aggravation de l'invalidité au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI avant de fixer la suite de la procédure.

- 8.** La recourante, qui échoue, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé afin qu'il traite comme une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, déposée le 10 mai 2024, les nouvelles pièces produites en procédure de recours par la recourante, au sens des considérants.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.
5. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
6. 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

Adriana MALANGA

Blaise PAGAN

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