



POUVOIR JUDICIAIRE

A/593/2020

ATAS/992/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 octobre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Mme B_____, à VÉSENAZ,
représentée par l'Association permanence défense des patients et
assurés (APAS)

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. En septembre 1999, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), originaire d'Iran, arrivée en Suisse en 1991 en qualité de réfugiée politique, alors domiciliée dans le canton de Berne, a déposé une première demande de prestations en invoquant des « souffrances psychiques ».

Par décision du 27 juin 2000, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne a admis l'existence d'une atteinte à la santé survenue en février 1991 et entraînant une totale incapacité de travail. Il a toutefois rejeté la demande au motif que l'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurance.

Cette décision a été rendue sur la base, notamment :

- d'un rapport du docteur C_____, médecin traitant, du 11 novembre 1999, concluant à une psychose chronique et une totale incapacité de travail ;
- d'un rapport du service psychiatrique universitaire de Berne du 29 novembre 1999 concluant à un trouble délirant présent depuis plusieurs années.

2. En mai 2019, une nouvelle demande de prestations a été déposée auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI).

Ont été versés au dossier, notamment :

- un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 14 avril 2010, concluant à une minime dénervation d'aspect chronique dans le deltoïde du membre supérieur gauche et à une neuropathie canalaire carpienne fruste ;
- un rapport du docteur E_____, médecin traitant, du 21 décembre 2014, concluant à une hernie discale C5 gauche.

3. Le 11 juillet 2019, l'OAI a adressé à l'intéressée un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, vu l'absence d'allégations permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé.
4. Par courrier du 3 octobre 2019, l'OAI a rappelé à l'assurée qu'il n'avait toujours reçu aucun élément médical à l'appui de sa nouvelle demande.
5. Sont alors parvenus à l'OAI :
 - Un courrier rédigé le 22 octobre 2019 par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, expliquant qu'il suit la patiente depuis 2017 pour des céphalées, de la fatigue, une intolérance au bruit, des difficultés à reconnaître les personnes, à lire, un sentiment de goût altéré, éléments qui seraient apparus après un accident survenu le 16 novembre 2006 ; une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pratiquée le 24 novembre 2017 n'a montré aucune lésion spécifique ; un examen neuropsychologique pratiqué le 15 août 2018 a montré des signes d'anxiété, des scores pauvres en termes d'accès lexical

(dénomination d'images et fluence verbale déficitaires), un ralentissement exécutif dans certaines tâches ; le médecin a qualifié ce tableau neuropsychologique d'atypique ; aux dires de la patiente, les troubles d'ordre neuropsychologique se seraient aggravés depuis un accident survenu en 2016 (chute dans le bus) ; au plan neurologique, le médecin avait noté de grosses difficultés d'expression orale, avec une composante émotionnelle évidente ; néanmoins, l'examen neurologique à proprement parler se situait dans les limites de la normale ;

- un second courrier du Dr F_____ du 25 octobre 2019 indiquant qu'au vu des antécédents psychiatriques de sa patiente, il lui était difficile de se faire une idée quant aux nouvelles pathologies présentées depuis l'accident survenu le 16 novembre 2016, d'autant moins qu'il ne la connaissait pas avant cet événement ; il existait des limitations d'ordre neuropsychologique ; un électro-encéphalogramme pourrait être préconisé au vu des antécédents d'épilepsie.

6. Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, le 21 janvier 2020, a émis l'avis que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation durable de son état de santé, l'examen neurologique se situant dans les limites de la norme.

7. Par décision du 22 janvier 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 14 mai 2019.

8. Par écriture du 17 février 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle soutient qu'elle est invalide à 100% pour des motifs neurologiques et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 mars 2020, a conclu au rejet du recours.

10. Par écriture du 12 juin 2020, le conseil de la recourante a informé la Cour de céans que l'assurée avait contracté le coronavirus, qu'elle avait été hospitalisée et qu'elle était très affaiblie.

Le délai pour répliquer a dès lors été prolongé à deux reprises, de plusieurs mois.

11. Par écriture du 22 septembre 2020, la recourante en personne a demandé que soit « congelé le délai » de réplique durant six mois afin de lui permettre d'entreprendre des démarches auprès de l'hôpital et de ses médecins et de documenter l'aggravation de son état de santé.

12. Par écriture du 30 septembre 2020, le conseil de l'assurée a répliqué et produit diverses pièces supplémentaires, supposées documenter une aggravation de l'état de santé de la recourante, visiblement d'ordre psychiatrique :

- un questionnaire rempli par le Dr F_____ expliquant qu'il suit l'assurée depuis le 27 juin 2017, que ses diagnostics sont ceux de troubles d'ordre neuropsychologique à composante organique discrète, avec difficultés

attentionnelles et exécutives, et troubles d'ordre psychiatrique majeurs dont la nature précise ne peut être déterminée par un examen neurologique, probablement décompensés suite à une chute dans le bus survenue le 16 novembre 2016 ; selon le médecin, d'un point de vue strictement neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail ; d'un point de vue psychiatrique, cette capacité reste à déterminer par une personne compétente ;

- un questionnaire similaire rempli par le Dr E_____, indiquant qu'il suit l'assurée depuis 2010, qu'il retient les diagnostics de phobie, douleurs arthrosiques, stress post-traumatique et vertiges ; selon lui, l'assurée est incapable de travailler en raison d'une fatigabilité, de difficultés de concentration et de vertiges ; il précise qu'elle a été atteinte du coronavirus ;
- un rapport du Dr F_____ du 2 novembre 2018, indiquant que le seul élément objectivable ressortant de l'examen clinique est une hypoacousie gauche avec un Weber latéralisé pour lequel il recommande une consultation par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie ;
- un rapport d'IRM cervicale du 18 juillet 2019 concluant à une spondylodiscarthrose sévère C3-C4 et C6-C7, avec composante inflammatoire en C4-C5, canal cervical étroit modéré d'origine dégénérative, sténoses foraminales d'origine disco-uncarthrosique et foraminales modérées des deux côtés, également d'origine disco-uncarthrosique, sans élément en faveur d'une hernie discale ;
- un rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 29 avril 2010, faisant état de douleurs cervicobrachiales depuis 2005, mises sur le compte d'une arthrose cervicale associée à une hernie discale C5 gauche, symptomatologie partiellement soulagée par la prise d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie.

13. Une audience de comparution des mandataires s'est tenue en date 8 octobre 2020.

Le conseil de l'assurée a indiqué n'avoir pas d'autres rapports médicaux à produire en l'état.

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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).
3. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis juin 2000.
4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 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, 117 V 198 consid. 4b et les références).
5. 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 114 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, 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).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 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 (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 et les références).

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 ; 109 V 262 consid. 4a).

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 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

6. En l'espèce, il convient d'examiner si, au moment de la décision litigieuse, soit le 22 janvier 2020, la recourante avait rendu plausible une aggravation de son état de santé.

Tel n'est manifestement pas le cas puisque l'intimé ne disposait alors que d'un rapport du Dr F_____ évoquant certes des difficultés neuropsychologiques, mais excluant toute incapacité de travail de ce fait et faisant également état d'un bilan neurologique dans les limites de la norme.

C'est le lieu de rappeler que, dans ce type de procédure selon l'art. 87 al. 3 RAI, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond, mais à l'assuré de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé (cf. ATF 130 V 64).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Les documents médicaux produits par la recourante au cours de la procédure et donc postérieurement à la décision litigieuse sont transmis à l'intimé comme valant nouvelle demande.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
5. Transfert les documents produits par la recourante à l'appui de son courrier du 30 septembre 2020 à l'intimé comme valant nouvelle demande.
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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