

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/638/2020

ATAS/1239/2020

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

**Arrêt du 17 décembre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à LE GRAND-SACONNEX,  
représenté par CAP Protection juridique

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. En date du 10 juillet 2018, Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1986, et chauffeur de bus travaillant à 80% pour les Transports Publics Genevois (TPG), a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il indiquait comme atteinte à la santé, des séquelles neurologiques depuis une opération en 2012 et précisait qu'il était en incapacité de travail à 50% depuis le 5 mars 2018, jusqu'au jour de la demande.
2. À l'issue de l'instruction du dossier, l'OAI a rendu, en date du 2 janvier 2019, un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. La demande était rejetée en raison du fait que le taux d'invalidité qui avait été constaté par l'OAI s'élevait à 34% ce qui n'ouvrait pas le droit à des prestations sous forme de rente. Le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et pour les 20% restant à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'empêchement avait été estimé à 0% pour les travaux habituels et à 41.91% dans le cadre professionnel. L'invalidité qui en résultait était un taux global de 33.53% arrondis à 34%.
3. L'assuré n'a pas réagi.
4. Par décision du 13 février 2019, l'OAI a confirmé le projet de décision du 2 janvier 2019 de refus de rente.
5. En date du 9 octobre 2019, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations invalidité. Sous la rubrique « atteinte à la santé », l'assuré indiquait des séquelles après opération de la tête en 2012, une intolérance au bruit, au stress, une fatigue excessive, des maux de tête, des problèmes de mémoire, des serremments au cœur, de l'anxiété et un temps de récupération très long. Il expliquait qu'après le stage de réorientation d'avril 2019, il s'était rendu compte que son état de santé se détériorait, car, même en temps de repos à la maison, il ne récupérait pas et se sentait toujours très fatigué. Selon l'assuré, le stage avait été très négatif pour lui.
6. Par courrier du 10 octobre 2019, l'OAI a accusé réception du formulaire rempli par l'assuré, précisant qu'il considérait qu'il s'agissait d'une nouvelle demande et qu'à cet effet, l'assuré devait joindre tout document médical permettant de rendre plausible l'aggravation de son état depuis la date de la dernière décision. Un délai de 30 jours était fixé pour communiquer les documents médicaux, faute de quoi, l'OAI avertissait l'assuré qu'il rendrait une décision de non entrée en matière.
7. L'assuré n'a pas réagi.
8. En date du 22 novembre 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. La motivation en était que la situation professionnelle ou médicale de l'assuré ne s'était pas notablement modifiée et ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

9. L'assuré n'a pas réagi.
10. Le préavis de l'OAI a été confirmé par une décision de refus d'entrer en matière du 16 janvier 2020, reprenant la motivation du projet de décision du 22 novembre 2019.
11. Par courrier du 17 février 2020, le docteur B\_\_\_\_\_, généraliste, a interpellé la chambre de céans en indiquant qu'en qualité de médecin traitant de l'assuré, il approuvait la décision de l'assuré de recourir contre le refus d'entrer en matière de l'OAI. Il précisait que, suite à une résection cérébrale d'un hémangiome en 2012, l'assuré avait dû progressivement diminuer son activité de chauffeur TPG pour cause de fatigue disproportionnée et d'intolérance au bruit et au stress dû à son activité. Il avait été finalement licencié par les TPG. Il joignait à son courrier les documents suivants :
  - un rapport de consultation du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste O.R.L. et en chirurgie cervico-faciale, datant du 13 février 2020, par lequel ce dernier rappelait, sous la rubrique « anamnèse », que l'assuré avait subi en 2012 aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), une exérèse d'un cavernome du septum et pellucidum adhérent au fornix par craniotomie frontale et interhémisphérique transcalleux. Sous « statut O.R.L. », il était mentionné que les oreilles n'avaient pas de problème, mais que l'audiogramme tonal montrait une faible tolérance au bruit avec un inconfort apparaissant aux alentours de 65 à 70 dB selon les fréquences, ce qui normalement devait être autour de 100 à 110 dB. Sous « discussion », il était indiqué que l'assuré souffrait effectivement d'une tolérance basse au bruit.
  - un rapport d'examen neuropsychologique de Madame D\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue, daté du 30 janvier 2020, indiquant sous « anamnèse socioprofessionnelle », qu'à la suite de la résection de son hémangiome en 2012, l'assuré avait repris son activité de chauffeur à 100%, trois ou quatre mois après l'intervention, ceci pendant quatre ans, au prix d'une fatigue très importante, après quoi son temps de travail était passé à 80% pendant trois ans, puis à 40% durant un an et quelques mois. Malgré ce faible pourcentage, l'importante fatigue, le stress et l'intolérance au bruit avaient continué à poser des problèmes et il n'avait pas pu poursuivre son activité de chauffeur aux TPG. Placé en agence pour la vente de billets durant quelques temps, cette activité n'avait pas pu être maintenue en raison des difficultés de l'assuré pour apprendre de nouvelles informations et des procédures, ce qui donnait lieu à de fréquentes remarques de la part de ses collègues, lui reprochant que les informations devaient être constamment rappelées et ce qui avait entraîné son licenciement pour fin janvier 2020. Sous « anamnèse neuropsychologique », la psychologue notait des problèmes de mémoire, l'assuré fixant mal les nouvelles informations qui devaient être souvent répétées, des problèmes de langage, manque du mot quand l'assuré était fatigué, et une fatigue qui s'installait au cours de la

journée. En conclusion, la psychologue retenait que, comme en 2013, l'examen du jour retrouvait les difficultés de mémoire antérograde qui s'étaient légèrement plus prononcées en modalité verbale. Les autres domaines cognitifs évalués étaient préservés, notamment les fonctions attentionnelles et exécutives. D'un point de vue strictement neuropsychologique, la conduite n'était pas contre-indiquée. L'examen posait la question de l'origine des difficultés mnésiques (totalement imputables aux séquelles de l'hémangiome ? Nécessité d'un contrôle IRM ?) et du retentissement de celles-ci sur les capacités professionnelles. Cette mémoire qui paraissait peu fonctionnelle, selon les dires de l'assuré, devait être prise en considération pour l'avenir professionnel de celui-ci, licencié de son poste.

12. La chambre de céans a interpellé l'assuré, par courrier du 21 février 2020, lui demandant de confirmer que le Dr B\_\_\_\_\_ avait bien été mandaté par lui pour recourir contre la décision de l'OAI du 16 janvier 2020 et de fournir une procuration à cet effet.
13. L'assuré n'a pas réagi.
14. Une relance a été adressée à l'assuré, par courrier du 9 juin 2020, lui fixant un délai au 19 juin 2020 pour faire parvenir à la chambre de céans une procuration autorisant le Dr B\_\_\_\_\_ à le représenter dans le cadre de cette procédure.
15. Le Dr B\_\_\_\_\_ a réagi par courrier du 12 juin 2020, s'adressant à l'assuré et lui indiquant qu'en qualité de médecin traitant et suite à sa demande, il avait formulé une explication médicale concernant le bien-fondé du recours de l'assuré contre la décision de l'OAI, mais qu'il n'était pas le représentant juridique de l'assuré et qu'il ne le représenterait pas face à l'OAI. Il conseillait à l'assuré de faire appel à un conseil juridique.
16. Le 16 juin 2020, la chambre de céans a fixé à l'assuré un ultime délai au 1<sup>er</sup> juillet 2020 pour compléter son recours en exposant ses motivations et en formulant ses prétentions, faute de quoi le recours serait écarté sur la base de l'art. 89B al. 3 LPGA.
17. En date du 22 juin 2020, E\_\_\_\_\_, se présentant comme mandataire professionnel de l'assuré, a écrit à la chambre de céans pour indiquer qu'afin d'éviter une procédure inutile au tribunal, il avait été conseillé à l'assuré de rouvrir son dossier à l'assurance-invalidité. L'assuré avait mis un terme aux démarches auprès de l'assurance-invalidité, alors que celle-ci était sur la phase de la réinsertion professionnelle. L'assuré avait cru aux mauvais conseils donnés par son employeur qui lui avait promis un poste de travail adapté à sa situation, ce qui l'avait entraîné à stopper la procédure devant l'assurance-invalidité. Dès lors qu'il avait été licencié par son employeur, qui n'avait pas tenu ses promesses, l'assuré avait demandé une réouverture de sa demande initiale devant l'OAI, car sa situation médicale s'était amplifiée à la suite de son opération du cerveau. En effet, il souffrait de troubles de

mémoire, ainsi que de surdité d'une oreille. Le mandataire terminait en indiquant qu'en cas de réouverture du dossier (par l'OAI), il n'y aurait pas de nécessité de recourir au tribunal.

18. Dans sa réponse du 13 juillet 2020, l'OAI s'est référé à la décision querellée, exposant pour le surplus que le dossier du recourant ne pouvait pas faire l'objet d'une réouverture dès lors que le recours était actuellement pendant, suite à la décision du 16 janvier 2020 qui n'entraînait pas en matière sur la demande présentée le 9 octobre 2019. L'OAI soulignait encore que le recourant avait eu maintes fois la possibilité de faire valoir ses arguments, mais n'avait jamais apporté ou produit aucun élément à l'appui de sa demande. Dès lors, le refus d'entrer en matière était justifié. L'OAI alléguait également que les pièces médicales produites en procédure de recours ne devaient pas être prises en considération dans le cadre du présent litige dès lors que la question litigieuse était limitée au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative, justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. En conclusion, l'OAI concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
19. Le 28 août 2020, CAP protection juridique a informé la chambre de céans de sa constitution pour la défense des intérêts du recourant, demandant un délai supplémentaire d'un mois pour répliquer, ce qui lui a été accordé.
20. Une deuxième demande de délai a été présentée en date du 30 septembre 2020, ce qui lui a également été accordé.
21. C'est finalement par courrier du 21 octobre 2020 que le mandataire du recourant a répliqué. Selon ce dernier, le moment de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était encore inconnu ; il pouvait s'être produit avant ou après la décision querellée. De surcroît, le recourant avait été licencié pour le 31 janvier 2020, soit après la décision querellée, dès lors ces éléments « justifiaient la nouvelle demande de prestations déposées récemment ». Le recourant demandait une suspension de la procédure jusqu'à ce que l'OAI se soit prononcé sur la nouvelle demande, subsidiairement, une prolongation supplémentaire du délai pour compléter sa réplique.
22. Par duplique du 3 novembre 2028, l'OAI s'est opposé à la demande de suspension jusqu'à ce que son office se prononce sur la nouvelle demande qui avait été déposée le 7 octobre 2020. Il n'était pas question de procéder à des mesures d'instruction dans le cadre de cette nouvelle demande tant que la procédure de recours contre la décision de refus d'entrer en matière du 16 janvier 2020 était pendante. Il était encore rappelé que seuls pouvaient être retenus les faits antérieurs à la décision litigieuse du 16 janvier 2020. Pour le reste, l'OAI rappelait les conclusions prises antérieurement.
23. Par courrier du 8 décembre 2020, la chambre de céans a informé le recourant que sa demande de suspension de la procédure était refusée, au motif qu'une nouvelle décision ne pouvait pas être rendue par l'OAI tant et aussi longtemps que la

présente cause n'avait pas été jugée et qu'un délai supplémentaire pour compléter la réplique ne serait pas accordé vu les délais déjà consentis à deux reprises auparavant.

24. Sur ce, les parties ont été informées que la cause était 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. Sur le plan de la recevabilité, il convient de constater que le médecin traitant de l'assuré a interpellé la chambre de céans pour contester la décision querellée, dans le délai de 30 jours, mais que la procuration l'y habilitant n'a jamais été fournie par l'assuré ou le médecin.

La question de la recevabilité du recours peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où le recours doit, en tous les cas, être rejeté pour les raisons développées infra.

3. 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'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 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'assuré 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'assuré 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'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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

4. 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'assuré 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).

5. En l'espèce, la demande de prestations d'invalidité déposée par le recourant en date du 9 octobre 2019 n'était accompagnée d'aucun document médical pouvant rendre plausible une éventuelle péjoration de l'état de santé ou de la situation professionnelle du recourant.

Il était, certes, indiqué que le recourant se trouvait en incapacité de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019 jusqu'au jour du dépôt de la demande, mais aucun certificat médical n'était annexé.

Les renseignements sur l'état de santé étaient les mêmes que ceux fournis dans la demande du 10 juillet 2018 ; ils se rapportaient aux mêmes troubles de la santé, soit ceux consécutifs à l'opération neurochirurgicale intervenue en 2012, tout en étant plus détaillés sur la description des symptômes ressentis par l'assuré. De même, la situation professionnelle était identique, soit un emploi auprès des TPG à 80%.

Les documents médicaux ont été produits en annexe au courrier du Dr B\_\_\_\_\_ du 17 février 2020, soit postérieurement à l'instruction de la demande ayant abouti à la décision querellée du 16 janvier 2020.

Étant rappelé que l'intimé avait spécifiquement attiré l'attention de l'assuré, par courrier du 10 octobre 2019, sur la nécessité de fournir des documents médicaux à l'appui de sa demande et l'avait informé des conséquences si les pièces n'étaient pas fournies dans le délai fixé.

Le recourant n'a pas réagi au courrier de l'OAI, pas plus qu'il ne s'est manifesté pendant le laps de temps séparant le projet de décision du 22 novembre 2019 et la décision du 16 janvier 2020. Ce n'est qu'en date du 30 janvier et du 13 février 2020 que les documents médicaux ont été rédigés et transmis à la chambre de céans, annexés au courrier du 17 février 2020 du Dr B\_\_\_\_\_.

La chambre de céans ne peut examiner la situation qu'au regard de l'état de fait qui existait au moment où l'intimé a statué, soit au 16 janvier 2020. Force est de constater qu'aucun document médical pouvant rendre plausible l'aggravation de l'état de santé du recourant n'avait été transmis à l'intimé, à ce moment.

Étant ici rappelé que la précédente décision de refus de rente datait du mois de février 2019 et qu'un délai de moins d'un an s'était écoulé entre les deux décisions, ce qui conduit à se montrer plus exigeant quant à la plausibilité de la péjoration de l'état de santé alléguée par le recourant.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
3. 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