

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/710/2025

ATAS/621/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et
Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1970, est marié et père d'un enfant né en 2004.
- b.** Au terme de son apprentissage, l'assuré a obtenu un CFC de boulanger-pâtissier en août 1988. Il a ensuite travaillé pendant une brève période en tant que mailing-copiste dans une imprimerie, puis en tant que boulanger dans diverses boulangeries genevoises entre 1990 et 2003.
- B.** **a.** Le 2 novembre 2004, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
- b.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a considéré que l'assuré était dans l'incapacité de travailler à 50% dès le 15 novembre 2003 dans l'activité antérieure. L'assuré était limité par des douleurs aux épaules lors du port de charges lourdes et de travail en hauteur dans la boulangerie, et souffrait de lombalgies lors du port de charges. Il possédait des capacités résiduelles à 100% dans une activité ne nécessitant pas de port de charges lourdes (au maximum 10 kg) ou de travail en hauteur nécessitant les épaules.
- c.** Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 8 mai 2006, l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de boulanger. Il subsistait une capacité résiduelle de 50% dans son ancienne activité car les tâches administratives de son métier (vente, tenue de caisse, gestion des horaires des employés notamment) étaient toujours adaptées. Toutefois, sans l'activité de production, ces activités n'étaient pas suffisantes pour l'assuré car elles ne lui permettaient pas de réaliser un salaire du même ordre que ce qu'il percevait comme boulanger qualifié. Une réorientation vers un nouveau domaine d'activité était donc nécessaire.
- d.** Par décision du 25 juillet 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'un reclassement professionnel en tant qu'employé de commerce.
- e.** L'assuré a obtenu son diplôme de commerce en juin 2008. Il a ensuite poursuivi une formation d'un an en management international.
- f.** Par décision du 26 janvier 2010, l'OAI a indiqué que l'assuré avait achevé son reclassement avec succès, et qu'il n'avait pas droit à d'autres prestations de la part de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).
- C.** **a.** Le 25 janvier 2011, l'assuré a formulé une deuxième demande de prestations à l'OAI, en faisant valoir de multiples problèmes au dos, des cervicales bloquées avec des maux de tête récurrents, de l'arthrose aigue à l'épaule gauche et une tendinite chronique à la clavicule droite.
- b.** À la demande du SMR, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'Expertises Médicales (CEMed).

c. Selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 janvier 2014, sur le plan de la médecine interne, il n'y avait pas de plaintes spontanées significatives, l'anamnèse systématique relevait quelques troubles banals et le *status* était dans la norme. Il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes impliquant la colonne lombaire perduraient sans qu'aucune lésion anatomique ou maladie inflammatoire ou métabolique n'aient été mises en évidence. Toute tentative thérapeutique s'était avérée sans succès. L'expertise montrait un rachis parfaitement fonctionnel, sans anomalie à l'exception des plaintes douloureuses en fin d'amplitude. Il n'existait aucun signe de symptôme déficitaire, qu'il soit radiculaire ou tronculaire. La colonne cervicale était libre, les mobilités étaient symétriques mais la rotation vers la droite était un peu douloureuse en fin d'amplitude. Il n'y avait pas de déficit sensitif, ni moteur, aux membres supérieurs. La musculature intrinsèque du cou et les sterno-cléido-mastoïdiens étaient souples et indolores. La mobilité des deux épaules était normale. À droite, la palpation de la clavicule et des muscles s'y rattachant ne procurait aucune douleur. À gauche, seule l'acromio-claviculaire droite était un peu sensible à la pression et à l'adduction complète. L'expert concluait qu'il n'existait aucune justification à une incapacité de travail de longue durée. Le travail pouvait être repris immédiatement, et, sur le plan physique, il aurait dû reprendre à la suite du diplôme d'employé de commerce.

Sur le plan psychique, bien que l'assuré avait pu présenter un épisode dépressif d'intensité moyenne en 2011-2012 comme l'en attestait son psychiatre traitant dans son rapport d'avril 2012, les symptômes actuels n'étaient pas suffisants, ni en nombre, ni en intensité, pour pouvoir établir ce diagnostic. Par contre, les troubles thymiques et autres perturbations psychiques décrits par l'assuré depuis l'adolescence et persistant à l'heure actuelle rentraient dans le cadre des diagnostics de dysthymie et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Ces diagnostics ne justifiaient pas une incapacité de travail, car la dysthymie était un trouble dépressif léger et le trouble de la personnalité mentionné était relativement fréquent dans la population générale. Il pouvait être ainsi attendu que l'assuré s'adapte aux contraintes sociales et professionnelles.

d. Par décision du 4 avril 2014, l'OAI a rejeté la demande formulée par l'assuré le 25 janvier 2011, au motif qu'il ressortait de l'expertise que sa capacité de travail était entière dans toutes les activités professionnelles depuis toujours.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

- D.** a. Le 29 juillet 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant des douleurs au dos, aux cervicales, aux épaules, aux hanches, aux genoux, aux mains, à la clavicule, des migraines, des crampes quotidiennes et une sciatique. Il a également mentionné des opérations de l'épaule (trois fois), des mains (deux fois), des clavicules (trois fois), du nez, de la mâchoire (deux fois) et une prothèse à la hanche.

b. Dans un projet de décision du 3 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations. Un nouvel examen de la situation de l'assuré ne pouvait être envisagé que s'il rendait plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la date de la dernière décision.

c. Le 17 septembre 2019, l'assuré a contesté le projet de décision, par l'intermédiaire de son médecin traitant. Il a demandé l'octroi d'un délai au 31 octobre 2019 pour motiver sa demande.

d. Le 24 septembre 2019, l'OAI a accordé à l'assuré un délai au 31 octobre 2019 afin qu'il puisse faire le nécessaire auprès de ses médecins.

e. Par décision du 1^{er} novembre 2019, l'OAI a confirmé le projet de décision et rejeté la demande de prestations, considérant que l'assuré n'avait pas fourni de documents médicaux permettant de rendre plausible une modification de sa situation, susceptible d'influencer ses droits.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

E. a. Le 4 octobre 2024, l'assuré a formulé une quatrième demande de prestations à l'OAI. Il a fait valoir que des prothèses de hanches lui avaient été installées en 2017 puis en 2020, à cause d'une usure et d'une dégénérescence prématurées.

b. Par courriel du 7 novembre 2024, l'assuré a demandé à l'OAI de transmettre des questionnaires médicaux à ses différents médecins.

c. Par courrier du 7 novembre 2024, l'OAI a répondu que la demande de l'assuré ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision. L'OAI a ainsi demandé à l'assuré de lui adresser tous les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation de son état de santé. En l'absence de réponse de sa part d'ici le 29 novembre 2024, l'OAI rendrait un projet de décision indiquant qu'il ne pourrait pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

d. Par courriel du 27 novembre 2024, l'assuré a informé l'OAI que son médecin traitant souhaitait clarifier sa situation de santé. Il a joint à son envoi un document établi par son médecin le 26 novembre 2024, priant l'OAI de lui envoyer les documents à remplir pour une nouvelle demande d'AI.

e. Par courrier du 27 novembre 2024, l'OAI a informé le médecin traitant de l'assuré qu'il devait fournir des éléments médicaux prouvant l'aggravation de l'état de santé de son patient depuis la dernière décision de refus. L'OAI ne pouvait donc pas lui adresser de demande de rapport médical, avant de savoir si les éléments que le médecin fournirait l'amèneraient à entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

f. Dans un projet de décision du 5 décembre 2024, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif qu'il

ne rendait pas plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement.

g. Par courriel du 24 décembre 2024, l'assuré a précisé qu'« après avoir discuté avec mon médecin et ma psychiatre, nous ne sommes pas contre une mesure de réadaptation, au lieu d'une rente. Merci de m'envoyer les renseignements relatifs à ces démarches ».

h. Par décision du 30 janvier 2025, l'OAI a confirmé le projet de décision.

F. **a.** Par acte du 28 février 2025, l'assuré a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a déclaré être surpris par le refus d'entrer en matière sur sa demande. Il a fait valoir qu'il avait subi deux opérations des hanches depuis 2019, et qu'il souffrait de problèmes psychologiques accrus. Ses médecins ne comprenaient pas pourquoi ils ne recevaient pas de questionnaires médicaux, et son médecin traitant était solidaire à sa demande.

b. Par réponse du 24 mars 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 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.

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

1.3 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA et art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 4 octobre 2024, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 sont entrées en vigueur (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), ainsi que celles du règlement et de l'ordonnance correspondants.

Les dispositions concernant les conditions d'entrée en matière sur les nouvelles demandes de prestations n'ont toutefois pas été modifiées dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

3.2 Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201]). 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 la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

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 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 3a et les références).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 et la référence ; 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 4.2 ; 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). En revanche, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas de rendre plausible une aggravation au sens de l'art. 87 al. 2 RAI (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 et les références).

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 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

3.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (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 et les références). 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 cette procédure 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 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. 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 et les références).

En matière d'assurance-invalidité notamment, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références).

En cas de nouvelle demande de prestations, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente constitue le point de départ temporel pour examiner si un assuré a rendu plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations (ATF 133 V 108

consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3). Dans l'examen de la nouvelle demande, l'administration doit comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale refusant les prestations à celle prévalant au moment du dépôt de la nouvelle demande. La jurisprudence a toutefois précisé que le dépôt de nouvelles demandes successives ne jouait aucun rôle dans cette comparaison, tant et aussi longtemps que l'administration n'avait pas examiné au plan matériel le droit de l'assuré à la prestation demandée. Autrement dit, il convient d'examiner si l'état de fait déterminant s'est modifié depuis la dernière fois où l'administration a examiné au fond le droit de l'assuré à la prestation d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral I 50/02 du 28 juin 2002 consid 2b ; Damien VALLAT, *op. cit.*, p. 396-397 ch. 5.2).

L'examen du juge est limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative, notamment au cours de la procédure cantonale de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1).

4.

4.1 En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la dernière fois où l'intimé s'est prononcé au fond sur le droit du recourant aux prestations de l'AI.

Le recourant a formulé une deuxième demande de prestations le 25 janvier 2011. Cette demande a fait l'objet d'une instruction complète, l'intimé ayant notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Se fondant sur les conclusions de l'expertise, l'intimé a rejeté la demande du recourant aux prestations par décision du 4 avril 2014, au motif que sa capacité de travail était entière dans toutes les activités professionnelles depuis toujours.

Pour examiner le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, il convient ainsi de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au jour de la décision litigieuse, le 30 janvier 2025, avec ceux présents au 4 avril 2014, date de la décision de refus de prestations de l'intimé.

4.2 Selon l'expertise pluridisciplinaire ayant servi de fondement à la décision de refus de prestations du 4 avril 2014, il a été retenu, sur le plan de la médecine interne, que le recourant ne rapportait aucun symptôme grave. L'anamnèse avait révélé quelques troubles banals sans caractère pathologique et le *status* était normal. Sur le plan rhumatologique, le recourant présentait des douleurs persistantes au niveau de la colonne lombaire, sans qu'aucune lésion anatomique, maladie inflammatoire ou métabolique n'ait été objectivée par les examens réalisés. L'évaluation fonctionnelle de la colonne vertébrale montrait une mobilité normale, sans anomalie, à l'exception de douleurs apparaissant en fin d'amplitude de mouvement. Aucun signe neurologique déficitaire, radiculaire ou tronculaire,

n'avait été constaté. La colonne cervicale conservait une mobilité symétrique, avec une légère douleur lors de la rotation complète à droite. La force et la sensibilité des membres supérieurs étaient intactes, et la palpation musculaire du cou ne révélait aucune douleur ni raideur. La mobilité des épaules était également normale, bien qu'une légère sensibilité ait été notée au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite lors de la pression et de l'adduction complète du bras. Sur le plan psychique, les diagnostics retenus étaient une dysthymie et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. L'ensemble de ces symptômes et diagnostics n'avait pas été considéré comme invalidant.

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 4 octobre 2024, le recourant allègue que sa situation médicale a changé, à la suite de la pose de prothèses aux hanches gauche et droite en 2017 et en 2022, et de problèmes psychologiques accrus. Cependant, le dossier fait ressortir que le recourant n'a fourni aucun document médical permettant de conclure à l'existence d'une aggravation notable et durable de nature à réduire sa capacité de travail. Le recourant n'a donc pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant souligné que l'administration, et en cas de recours, le juge, doit pouvoir s'appuyer sur des rapports médicaux qui sont de nature à rendre plausibles les faits allégués, et non pas sur les seuls allégués du recourant.

4.3 Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée.

5. Dans ces circonstances, le recours sera rejeté.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Catherine TAPPONNIER

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