

# **GE\_GERICHTE ATAS/185/2026 vom 9. März 2026**

GE Cour de justice, 2026-03-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_185\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_185_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/185/2026 du 9 mars 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/185/2026 del 9 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 1.2**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté en temps utile, le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourant le 15 octobre 2024. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si celle-ci a rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la

A/508/2025 - 16/22 - dernière décision entrée en force du 27 mars 2023, reposant sur un examen matériel du droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 3.1**

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel, les règles de droit déterminantes en cas de modification du droit sont celles qui étaient en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 et les références). En application de ce principe général du droit intertemporel, lorsqu'un état de fait durable s'est produit en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné pour la première période selon les dispositions de l'ancien droit et pour la deuxième période selon les nouvelles règles. Les réglementations transitoires particulières sont réservées (arrêt du Tribunal fédéral 9C 505/2023 du 26 juin 2024 consid. 2.2 et la référence). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification

déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

### **E. 3.2**

En l'occurrence, la décision entreprise a été rendue après le 1er janvier 2022. Il en est de même de la décision antérieure de l'OAI, qui date du 27 mars 2023. En conséquence, l'aggravation de l'état de santé alléguée ne peut avoir eu lieu qu'après l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2022, des modifications légales précitées. Partant, les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

### **E. 3.3**

Selon l'art. 87 RAI, 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

A/508/2025 - 17/22 - 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).

### **E. 3.4**

Lorsque la rente a été refusée parce que le taux 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. 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 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

#### **E. 3.4.1**

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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_576/2021 du 2 février 2022 consid. 2.2 et les références). 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit effectivement procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

### **E. 3.4.2**

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). Le juge fonde plutôt son examen sur les faits et les pièces du dossier tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment où celle-ci a rendu sa décision de non-entrée en matière (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2019 du 30 juillet 2019 consid. 1.1). Si la nouvelle demande ne rend pas vraisemblable

A/508/2025 - 18/22 - l'existence des conditions d'entrée en matière, mais se contente de renvoyer à des moyens de preuve complémentaires, en particulier des rapports médicaux qui seraient encore à fournir ou à demander à l'administration, un délai raisonnable doit être fixé à la personne assurée pour présenter ses moyens de preuve. Si une décision de non-entrée en matière est rendue dans le cadre d'une procédure administrative qui satisfait à ces exigences relatives à la fixation d'un délai et à la menace de conséquences en cas de retard, les tribunaux fondent leur examen sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, l'examen du juge se limite au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 ; 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

### **E. 3.4.3**

L'exigence relative au caractère plausible de la modification ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Il suffit qu'il existe au moins certains indices permettant de présumer l'existence de la modification de fait alléguée depuis le moment auquel la décision de refus de prestations a été rendue, quand bien même la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permette pas de confirmer le changement allégué (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_154/2020 du 16 juin 2020 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 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, in RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1). Un nouveau diagnostic, en particulier de nature psychiatrique, n'est pas suffisant à lui seul pour rendre plausible une modification notable de l'état de santé. En effet, un tel diagnostic nouveau ne dit pas nécessairement grand-chose sur l'élément quantitatif de la détérioration de l'état de santé et son incidence sur la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2019 du 30 juillet 2019 consid. 3.2.2). En particulier, le diagnostic de dépression ne permet pas de conclure directement à une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré (arrêt du Tribunal fédéral

9C\_841/2019 du 30 mars 2020 consid. 4.2.2 et la référence).

#### **E. 3.4.4**

Sous l'angle temporel, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente constitue le point de départ pour examiner si un assuré a rendu plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 précité consid. 3).

#### **E. 4**

En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 27 mars 2023. Pour examiner le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, il convient ainsi de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au jour de la décision litigieuse, le

A/508/2025 - 19/22 - 13 janvier 2025, avec ceux présents au 27 mars 2023, date de la décision de refus de prestations de l'intimé, laquelle n'a pas été contestée en justice. Dans cette comparaison des états de fait, seul peuvent entrer en ligne de compte les documents produits par la recourante entre le 27 mars 2023, date de la dernière décision de refus de prestations, et le 13 janvier 2025, date de la décision litigieuse. Ceci exclut de l'examen de la plausibilité au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI le nouveau rapport produit en procédure de recours, à savoir le rapport établi le 11 février 2025 par le Dr T\_\_\_\_\_. En effet, ce rapport n'était pas connu de l'intimé lorsqu'il a rendu la décision entreprise.

#### **E. 4.1**

La décision initiale était principalement basée sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 31 janvier 2023 par le CEMEDEX, laquelle a retenu les diagnostics de migraine à caractère cataménial ; céphalées tensionnelles versus cervicogènes, en lien avec des douleurs de l'épaule et de la nuque dont l'intensité et prévalence restaient modérées par comparaison aux plaintes migraineuses ; status après résection d'un adénome hypophysaire non sécrétant le 17 janvier 2019, sans complication péri-opératoire, avec substitution hormonale ; status après cure du tunnel carpien à droite ; douleurs des épaules secondaires à un légères arthropathie acromio-claviculaire et à une tendinite d'insertion du supra-épineux à gauche ; douleurs de la main droite suite à une neurolyse du canal carpien le 30 août 2017 ; obésité exogène ; syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP depuis 2020 ; asthme dans l'enfance ; hypothyroïdie substituée et sténose de la carotide interne gauche. Les limitations fonctionnelles retenues étaient, du point de vue neurologique, des céphalées et migraines avec prévalence de 6 à 8 jours par mois, et, du point de vue rhumatologiques : pas de position à genoux ou accroupie ; pas de montée ou de descente répétée d'escaliers ; pas de travail en hauteur (échelle, tabouret, escabeau, échafaudage) et pas d'effort des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules ou en abduction et en antépulsion. Les experts ont considéré que la recourante avait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 31 mai 2017 et une capacité de travail de 80% depuis avril 2019 dans une activité adaptée. Dans son avis du 6 février 2023, le SMR avait repris les diagnostics, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenus par les experts. Sur cette base, l'intimé a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée, qui a été fixé à 13.31%, n'ouvrant pas de droit à la rente.

#### E. 4.2

À l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a transmis pour seule nouvelle pièce à l'OAI un rapport de bilan multidisciplinaire pour l'inclusion au programme multidisciplinaire individualisé du dos des HUG (ci-après : Promidos) du 22 janvier 2024. Il convient donc de comparer les éléments ressortant de ce bilan multidisciplinaire avec l'état de santé de l'assurée lors de l'expertise effectuée en 2023.

A/508/2025 - 20/22 - Dans ce bilan multidisciplinaire, le Dr T\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de rachialgies communes chroniques avec épisodes récidivants, syndrome douloureux chronique et gonalgies incapacitantes. Il a expliqué que la recourante s'était présentée en crise le jour de l'entretien, se plaignant de douleurs au niveau cervical constantes depuis trois semaines et expliquant ne pas être étonnée de ces douleurs car elle était en soucis pour l'état de santé de sa mère, opérée trois semaines auparavant. Il ressort de ce bilan que celui-ci décrit principalement les plaintes de la recourante, sa description du quotidien et son auto-évaluation fonctionnelle, relative aux positions qu'elle évite. À l'auto-évaluation, la recourante a exprimé une douleur de 7/10. Le bilan fait une brève mention de quelques tests physiques effectués, lors desquels le Dr T\_\_\_\_\_ a notamment noté la présence de douleurs dans tout le dos lors du déroulement lombaire et lors des mouvements en extension. Il relève, en conclusion de son bilan, que la recourante présente des douleurs musculosquelettiques diffuses tant au niveau de la colonne que sur le plan périphérique, et il suggère qu'elle fasse un travail individualisé psychothérapeutique (groupe de TCC douleur), en parallèle d'une prise en charge physiothérapeutique spécialisée sur la douleur chronique. Il a noté, sur le plan psychique, un épuisement majeur, relevant qu'il est important d'encourager la recourante à reprendre un suivi psychiatrique. Force est de constater que le Dr T\_\_\_\_\_ n'a pas posé de nouveaux diagnostics et qu'il n'a pas procédé à une analyse de la capacité de travail au moment du bilan, lequel est principalement fondé sur les plaintes de la recourante. Les douleurs cervicales et lombaires dont il est fait état dans ce bilan étaient par ailleurs déjà relevées lors de l'expertise de 2023 : l'expert rhumatologue avait notamment noté leur présence lors de l'examen clinique effectué de l'expertisée, mais il ne les avait pas considérées comme incapacitantes. Si ces douleurs semblent s'être empirées depuis ladite expertise – à l'époque, l'expert rhumatologue avait relevé que les douleurs cervicales et lombaires étaient bien maîtrisées par les traitements –, il ressort toutefois de ce bilan que l'intéressée s'était présentée en crise lors dudit bilan, se plaignant de douleurs constantes au niveau cervical depuis trois semaines. À cet égard, la seule affirmation qu'il y a, depuis une brève période de trois semaines, une aggravation des douleurs, sans modification des diagnostics ni appréciation de la capacité de travail, n'est pas suffisante pour admettre une modification de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer ses droits depuis la dernière décision entrée en force du 27 mars 2023. Ce constat s'impose d'autant plus au vu du court délai s'étant écoulé entre la décision de l'intimé du 27 mars 2023 et la nouvelle demande déposée par la recourante le 11 octobre 2024. En effet, conformément à la jurisprudence susmentionnée, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour

A/508/2025 - 21/22 - apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Du point de vue psychique, il ressort du bilan que la recourante avait à cette époque interrompu son suivi psychiatrique. La recourante n'a dès lors pas non plus démontré une aggravation de sa santé psychique susceptible d'influencer ses droits. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la

recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé lors du dépôt de sa demande du 11 octobre 2024. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. La recourante ayant indiqué, lors de l'audience de comparution personnelle du 19 janvier 2026, que son état de santé s'est encore empiré, et au vu par ailleurs de la pièce médicale du 11 février 2025 produite à l'appui de son recours – laquelle contient cette fois une appréciation de sa capacité de travail mais qui n'a pu être prise en considération par l'intimé car elle est postérieure à la décision entreprise –, elle a la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations. Elle devra dans ce cadre adresser à l'OAI un rapport dûment circonstancié et motivé, documentant l'aggravation de santé alléguée depuis la dernière décision de refus de rente et l'étayant par tout élément médical utile obtenu auprès des divers spécialistes qu'elle consulte, pour ses troubles tant somatiques que psychiques.

#### **E. 4.3**

Aussi, le recours sera rejeté. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante.

A/508/2025 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.