

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1228/2015

ATAS/496/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2015

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Par décision du 24 février 2009, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a alloué à Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 30 avril 2008, en considérant que l'assurée était en incapacité de travail totale du 1^{er} octobre 2006 au 14 janvier 2008, et nulle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 15 janvier 2008.
2. Dès le 1^{er} mai 2008, le degré d'invalidité était de 13%, soit 3,9% dans l'activité professionnelle de 60%, et 9,2% dans l'activité ménagère de 40%. Cette décision reprend les conclusions du rapport du SMR du 18 avril 2008 sur la base de l'examen de l'assurée du 26 mars 2008, rhumatologique et psychiatrique. Le SMR a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de :
 - cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathies étagées; status post discectomie C5-6, C6-7 et pose de cages intersomatiques. M54.2;
 - tendinopathie du muscle supra-épineux et arthrose acromio-claviculaire droite;et, sans répercussion sur la capacité de travail, de :
 - arthrose;
 - syndrome du tunnel carpien à droite;
 - fibromyalgie;
 - lombalgies communes;
 - gonarthrose du compartiment interne gauche débutante;
 - sensation vertigineuse d'étiologie non précisée;
 - dysthymie à début tardif F34.1;
 - majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0.

Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

- rachis cervical : pas de mouvement répété en flexion-extension, pas de rotations rapides, pas de position soutenue de la tête en extension, pas d'exposition aux vibrations, pas de soulèvement de charges les bras tendus de plus de 4 kilos;
- épaule droite : pas de travail au-delà de l'horizontal, pas d'élévation répétée du bras droit, pas de soulèvement de charge au-delà de 2 kilos avec le membre supérieur droit. Globalement, pas de port de charge supérieur en bi-manuel à 7-8 kilos. Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

La capacité de travail était nulle du 1^{er} octobre 2006 au 14 janvier 2008 et de 100% dans une activité adaptée dès le 15 janvier 2008.

3. Le 30 septembre 2014, le docteur B_____, FMH médecin interne, a attesté, dans un rapport médical intermédiaire AI, d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée; les diagnostics suivants avaient une répercussion sur la capacité de travail :
- cervicalgies Dte;
 - tunnel carpien bilatéral discret ENMG 2005;
 - état dépressif modéré à sévère;
 - douleurs généralisées chroniques;
 - tendinopathie des sus-épineux ddc D>Gche;
 - hypoaccousie et déficit vestibulaire Dt (Dr M_____);
 - accouphènes chroniques;
 - arthrose des mains;
 - séquestre discal au contact de la racine S1 droite au niveau récessal;
 - contact radiculaire L4 G au niveau récessal sur protrusion discale circonférentielle;
 - gonarthrose G sévère opérée en 2013.
4. Les rapports suivants ont été transmis le 20 octobre 2014 à l'OAI :
- un rapport du "1^{er} décembre 2011" du docteur C_____, FMH chirurgie de l'épaule, attestant de la mise en place, un an auparavant, d'une prothèse totale du genou gauche, avec une bonne évolution;
 - un rapport de consultation de chirurgie cervico-faciale des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 13 mars 2013 fait état d'acouphènes, sans signes de gravité;
 - un rapport du 22 janvier 2014 du docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique, adressé au Dr B_____ et indiquant que l'assurée présentait des douleurs à la rotule gauche; une intervention de libération de l'aileron rotulien pourrait la soulager;
 - un rapport du Dr D_____ attestant d'une intervention, le 27 février 2014, de libération de l'aileron rotulien externe;
 - un rapport du 17 septembre 2014 du docteur E_____, FMH neuroradiologie, attestant d'une quatrième séance d'infiltration radiculaire S1 droite;
 - un rapport d'IRM lombaire du 25 septembre 2014, concluant à des images illustrant une petite hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite venant au contact de la racine S1 droite. Le fragment discal luxé en arrière de S1 décrit sur le compte-rendu de l'infiltration sous CT du 19 septembre 2013 n'était pas retrouvé sur l'IRM actuelle. Discopathie protrusive L4-L5 à prédominance

postéro-médiane sans image de conflit disco-radiculaire, pouvant néanmoins être à l'origine de lombosciatalgies à bascule. Discopathies étagées au niveau dorsal bas prédominant en D11-D12 sans image de conflit disco-radiculaire. Discrète arthrose inter-facettaire bilatérale étagée.

5. Le 24 octobre 2014, l'assurée a requis de l'OAI la révision de son droit aux prestations.
6. le 4 décembre 2014, les docteurs F_____ et G_____, du SMR, ont rendu un avis selon lequel les différents rapports médicaux versés au dossier depuis décembre 2011 ne permettaient pas de constater une modification de l'état de santé de l'assurée depuis le dernier examen.
7. Par projet de décision du 5 janvier 2015, l'OAI a refusé de réviser sa décision du 24 février 2009, au motif que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était pas rendue plausible.
8. Le 21 janvier 2015, le Dr B_____ a envoyé à l'OAI un avis selon lequel, depuis février 2009, la situation de l'assurée s'était dégradée; elle avait bénéficié de la pose d'une prothèse totale du genou gauche, en raison de gonarthrose sévère le 25 mai 2011 et avait, depuis lors, des douleurs handicapantes; une reprise chirurgicale avait eu lieu le 27 février 2014, qui avait entraîné une tuméfaction et des douleurs encore plus vives; elle souffrait d'une lombosciatalgie chronique ayant nécessité des infiltrations radiculaires S1 à plusieurs reprises; le décès de son fils en juillet 2014 influençait négativement sa thymie.
9. Le 19 janvier 2015, le docteur H_____, FMH oto-rhino-laryngologie, a attesté d'une perte totale de l'ouïe de 33,5% justifiant le renouvellement d'un appareillage binaural. Par communication du 27 janvier 2015, l'OAI pris en charge un appareillage acoustique binaural pour CHF 1'650.-.
10. Le 10 mars 2015, le SMR a rendu un avis selon lequel le courrier du 21 janvier 2015 du Dr B_____ n'apportait pas d'élément probant permettant de constater une aggravation de l'état de santé de l'assurée.
11. Par décision du 12 mars 2015, l'OAI a refusé de revoir sa décision du 24 février 2009.
12. Le 9 avril 2015, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle contestait cette décision; elle était suivie par le docteur I_____, FMH rhumatologie, le Dr B_____ (sinusite chronique, acouphènes, vertiges), le docteur J_____, orthopédiste, (pour de la rétention d'eau et des hématomes), et le docteur K_____, psychiatre. Elle a transmis les rapports suivants :
 - du docteur L_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, du 16 janvier 2015, selon lequel l'assurée avait présenté un hématome suite à la pose de la prothèse du genou, qui avait nécessité une ponction;

- un résumé de séjour aux HUG du 13 janvier 2015 pour un hématome sur PTG à gauche;
- un rapport du 9 janvier 2015 du Dr B_____ attestant des problèmes suivants :
 - cervicalgie Dte;
 - tunnel carpien bilatéral discret ENMG 2005;
 - état dépressif modéré à sévère;
 - douleurs généralisées chroniques;
 - tendinopathie des sus-épineux ddc D>Gche;
 - hypoacousie et déficit vestibulaire Dt (Dr M_____);
 - acouphènes chroniques;
 - arthrose des mains;
 - séquestre discal au contact de la racine S1 droite au niveau récessal;
 - contact radiculaire L4 G au niveau récessal sur protrusion discale circonférentielle.

13. Le 14 avril 2015, l'OAI a transmis le courrier de l'assurée du 9 avril 2015 à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a enregistré le recours le 16 avril 2015.
14. Le 22 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant aux avis du SMR des 4 décembre 2014 et 10 mars 2015 et précisé que la décision litigieuse était un refus d'entrer en matière.
15. Le 14 juin 2015, l'assurée a indiqué qu'elle avait fourni les éléments qui soutenaient une aggravation de son état de santé et transmettrait prochainement un rapport de chacun de ses médecins-traitants.
16. Sur quoi, la cause a été 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. L'objet du litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.
3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

a) Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er 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, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 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. 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. 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).

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^{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 (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).

4. En l'espèce, la recourante a transmis à l'intimé divers rapports médicaux dont un rapport du Dr B_____ du 21 janvier 2015 attestant d'une aggravation de son état de santé par la pose d'une prothèse totale du genou gauche en 2011, entraînant une tuméfaction et des douleurs handicapantes, une lombosciatalgie chronique et une thymie influencée négativement.

S'agissant des lombosciatalgies, le Dr B_____ indique à l'OAI qu'il convient de prendre contact avec le Dr I_____, lequel pourra fournir des détails concernant cette problématique, en relevant que la recourante a bénéficié de plusieurs infiltrations radiculaires. Le SMR avait retenu en mars 2008 un diagnostic de lombalgies communes sans répercussion sur la capacité de travail. Il convient de constater que l'avis du Dr B_____, par la seule référence à un traitement d'infiltrations, n'a pas rendu plausible une augmentation des limitations fonctionnelles de la recourante qui pourraient avoir une influence sur l'exercice d'une activité lucrative adaptée, telle qu'estimée par le SMR en 2008 ou encore sur l'exercice de tâches ménagères, ce d'autant que le Dr B_____ renvoie à l'appréciation du Dr I_____ qui n'a pas été fournie à l'intimé.

S'agissant des douleurs au genou gauche, le SMR avait, à la suite de son examen du 26 mars 2008, retenu un diagnostic de gonarthrose du compartiment interne gauche débutante et relevé qu'il n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. La pose d'une prothèse totale du genou gauche en 2011 démontre que l'état de santé s'est effectivement dégradé et a nécessité cette intervention et celle, subséquente, de libération de l'aileron rotulien en février 2014. Cependant, l'avis du Dr B_____ n'est pas suffisant pour admettre que des limitations fonctionnelles avec

répercussion sur la capacité de travail, ou la réalisation des tâches ménagères, soient présentes, après la pose de la prothèse ou de l'intervention de février 2014, dans une mesure telle qu'elles limiteraient l'exigibilité retenue par le SMR en 2008.

Enfin, le Dr B _____ évoque une thymie influencée négativement par le décès du fils de la recourante en juillet 2014; le SMR avait déjà, en 2008, relevé que l'assurée se décrivait comme déprimée et fatiguée; elle présentait une thymie légèrement triste, une fatigabilité, des ruminations, une perte de confiance en soi; il avait posé le diagnostic de dysthymie à début tardif, sans répercussion sur la capacité de travail; il paraît probable que l'état psychique de la recourante se soit aggravé, tel que le Dr B _____ le décrit; toutefois, celui-ci se réfère à un suivi psychologique auprès du Dr K _____, lequel n'a pas fourni d'avis médical; dans ces circonstances, il n'est pas possible de considérer que la recourante a rendu plausible une aggravation de son état psychique, dans une mesure qui influence l'exigibilité retenue par le SMR en 2008, sur la seule base du rapport succinct du 21 janvier 2015 du Dr B _____, invoquant une thymie influencée négativement.

5. Pour le reste, la recourante a fourni des documents médicaux dont on ne peut considérer qu'ils rendent plausible une aggravation de son état de santé, soit :

- un rapport du Dr C _____ du "1^{er} décembre 2011" (recte : 2012), faisant état d'une bonne évolution de la situation après la pose de la prothèse totale du genou gauche;
- un rapport de consultation aux HUG en 2013 pour des acouphènes existant de longue date (rapport HUG du 13 mars 2013);
- un avis du Dr D _____ avant l'intervention de libération de l'aileron rotulien (courrier du 22 janvier 2014) et le rapport d'intervention du 27 février 2014;
- un rapport du 17 septembre 2014 attestant de quatre infiltrations radiculaires S1 droite, lequel ne discute pas des éventuelles limitations fonctionnelles induites par les lombosciatalgies;
- un rapport d'IRM du 25 septembre 2014 attestant d'une petite hernie discale, de discopathies dont certaines peuvent être à l'origine de lombosciatalgies et d'arthrose. En l'absence d'un rapport d'un médecin spécialiste interprétant ce rapport d'IRM, il n'est pas possible de considérer qu'il contient à lui seul l'indice d'une aggravation plausible de l'état de santé de l'assurée;
- un rapport du 16 janvier 2015 du Dr L _____ attestant d'un hématome du genou gauche, soulagé par une simple ponction;
- un rapport des HUG du 13 janvier 2015 attestant d'une suspicion d'arthrose septique au niveau du genou gauche, sans indiquer de limitations fonctionnelles.

Quant à la recourante, elle s'est bornée à citer, le 9 avril 2015, le nom de ses médecins-traitants, et a indiqué, le 14 juin 2015, qu'elle allait transmettre des rapports détaillés des médecins spécialistes qui la suivaient.

Or, l'examen du bien-fondé d'un refus de l'intimé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations doit tenir compte uniquement des éléments médicaux que l'intimé avait en sa possession au jour de la décision litigieuse, de sorte que la chambre de céans ne peut prendre en compte ces rapports médicaux à venir.

6. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, de sorte que le recours ne peut qu'être rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

Au demeurant, la recourante pourra, si elle est en possession des documents médicaux émanant notamment de ses médecins-traitants et alléguant une aggravation de son état de santé par la survenance de limitations fonctionnelles supplémentaires, déposer à nouveau une demande de révision auprès de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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